NEUE VERSORGUNG

Gesund in Baden-Württemberg

Juli 2015

Baden-Württemberg:

Hausarzt- und Facharztverträge weiter auf Wachstumskurs

Inhalt Ausgabe 1/2015

Editorial
Beständigkeit ist eine Zier ... 3

Leitartikel
Konsequenter Ausbau der Selektivverträge 4

Aktuelles
Meldungen aus der Vertragswelt 6

Im Dialog
Herzinsuffizienz: Hausarzt und Facharzt als Schnittstellen-Manager 8

Aus den Verträgen
Neues Kinder- und Jugendarztmodul kommt gut an 13
Sozialer Dienst: Wertvolle Entlastung für die Praxen 14
Gute Noten für den Gastro-Vertrag 17

Auf den Punkt gebracht
Fünf Fragen an Dr. med. Burkhard Lembeck, Sprecher des BVOU in Baden-Württemberg 18

Beständigkeit ist eine Zier ...

Liebe Leserinnen und Leser,

das einzig Beständige ist der Wandel. Diese Erkenntnis des Philosophen Heraklit trifft in besonderem Maße auf die deutsche Gesundheitspolitik zu. Hier gilt seit Jahren: Nach der Reform ist vor der Reform. Am 1. August tritt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft. Bis zuletzt wurde dort auch um Änderungen zu den Selektivverträgen gerungen. Der Paragraf 73c SGB V („Besondere ambulante ärztliche Versorgung“) verliert zwar seine Eigenständigkeit, die er erst 2007 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz analog der Hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraf 73b erhielt. Doch die aus Sicht der Vertragspartner zwingend notwendigen Änderungen sind in der finalen Gesetzesversion enthalten. Der weitere Ausbau der Selektivverträge kann somit auf einer verlässlichen Gesetzesbasis erfolgen. Voraussichtlich noch im zweiten Halbjahr wird mit dem Urologie-Vertrag der fünfte Facharztvertrag an den Start gehen. Mehr dazu im „Leitartikel“.

Sieben Jahre HZV und fünf Jahre Facharztverträge beweisen täglich, dass die neue Versorgung in Baden-Württemberg als alternative Regelversorgung besser funktioniert. Im Schwerpunktthema wird das Zusammenspiel von Hausärzten und Fachärzten näher beleuchtet. Am Beispiel der Diagnose Herzinsuffizienz diskutieren ein Hausarzt, ein Kardiologe und eine Ärztin der AOK über definierte Schnittstellen in den 73b- und 73c-Verträgen und deren Umsetzung in der Praxis.
Außerdem erfahren Sie mehr zu den Erkenntnissen von Kinderärzten und Gastroenterologen. Welcher Stellenwert dem Sozialen Dienst der AOK und der Patientenbegleitung der Bosch BKK in den Selektivverträgen zukommt, lesen Sie in der Reportage ab Seite 14. Die Rubrik „Auf den Punkt gebracht“ widmet sich dem 2014 erfolgreich gestarteten Orthopädievertrag.

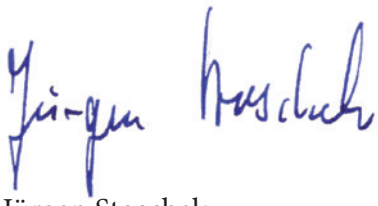
Die „NEUE VERSORGUNG“, die Sie in etwas veränderter Aufmachung in Händen halten, wird Ihnen künftig mit zwei Ausgaben pro Jahr interessante Hintergrundinformationen aus der Welt der Hausarzt- und Facharztverträge bieten. Ihre Erfahrungen und Anregungen sind uns herzlich willkommen.

Schreiben Sie uns Ihre Themenvorschläge, aber auch Kritikpunkte unter **www.neue-versorgung.de**

Viel Vergnügen bei der Lektüre wünscht Ihnen

Dort finden Sie auch unseren **Online-Quiz:** Dem Gewinner winkt als **Hauptpreis** ein **gesundes Wochenende** für zwei Personen.

Ihr



Jürgen Stoschek
Chefredakteur

Konsequenter Ausbau der Selektivverträge

Jürgen Stoschek

Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird zum 1. August in Kraft treten. Aus Sicht der Vertragspartner in Baden-Württemberg wurden im Vergleich zu den Entwurfsfassungen wichtige Änderungen umgesetzt, so dass auf dieser Basis ein weiterer Ausbau der Selektivverträge erfolgen kann.

Von zentraler Bedeutung sei, dass auch weiterhin die Möglichkeit besteht, bei Hausarzt- und Facharztverträgen vom Leistungs- und Zulassungsrecht der Kollektivversorgung abzuweichen. Gerade dieses Instrument erlaubt eine regional flexible Gestaltung der Versorgungsinhalte und -strukturen.

Positiv sehen die Vertragspartner im Südwesten auch, dass die Frage des Sicherstellungsauftrages eindeutig und rechtssicher geklärt wurde – er geht bei Selektivverträgen auf die Krankenkassen über. Für alle bestehenden 73c-Verträge gilt zudem Bestandsschutz. Auch beim Thema Bereinigung hat die Politik positive Impulse nachgelegt. Gesetzlich steht die erfolgreich implementierte Strategie einer alternativen Regelversorgung in Baden-Württemberg also weiterhin auf sicherem Boden.

Alternative Regelversorgung oder Add-on-Verträge

Ein Fragezeichen verbleibt noch, was daran liegt, dass das Gesetz in einer zentralen Frage ambivalente Signale aussendet: Wo genau verortet der Gesetzgeber die zukünftige Rolle der Selektivverträge? Möchte er mehr Nachahmer nach dem baden-württembergischen Vorbild, die eine echte Alternative zur Regelversorgung präferieren – und auch wirklich umsetzen? Oder sieht er deren Aufgabe primär darin, wie bei bisherigen Add-on-Verträgen, einzelne Versorgungsbausteine zu entwickeln und sie bei Bewährung alsbald in die KV-Regelversorgung zu überführen? Oder will man sich bei der Frage ganz bewusst nicht eindeutig festlegen, um Krankenkassen, Ärzten und anderen Protagonisten möglichst viele Freiräume bei der Gestaltung zu gewähren?

„Die AOK Baden-Württemberg geht mit den Arztpartnern im Land den erfolgreichen Weg konsequent weiter und wird die Selektivverträge auf weitere Bereiche ausdehnen."

Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg

Das wäre positiv zu beurteilen. Schließlich betont der Gesetzgeber explizit, das Gesetz ziele darauf ab, „… den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern". Und an anderer Stelle ist zu lesen: Um innovative Versorgungsformen gezielt zu fördern, sollen „… die Möglichkeiten der Krankenkassen, im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen, durch mehr Gestaltungsmöglichkeiten und eine Entbürokratisierung der Regelungen zu Selektivverträgen erweitert" werden. Dazu werden „wesentliche Vertragsinhalte in einer Vorschrift zusammengefasst" – dem neuen Paragrafen 140a (Besondere Versorgung).

Darunter fällt bekanntlich auch die Überführung des vormals eigenständigen Paragrafen 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung). Dieser Paragraf wurde 2007 vom Gesetzgeber zusammen mit Paragraf 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) bewusst als „Doppelparagraf" eingeführt und juristisch so konzipiert, um die Option einer alternativen Versorgungskette in der Sicherstellungsverantwortung der Krankenkassen zu befördern.

Das Gesetz lässt auch in Zukunft diese und andere Gestaltungsoptionen einer „Besonderen Versorgung" zu. Erst die weitere Entwicklung der Selektivverträge auf bundesweiter Ebene wird zeigen, ob und wie diese Chancen zum Wohle von Versicherten und Ärzten und im Sinne des vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerbs um die beste Versorgung genutzt werden.

Rechtssichere und faire Bereinigung?

Die Bereinigung der Gesamtvergütung für Selektivverträge hat in der Vergangenheit für so manchen Ärger gesorgt: Die komplexen Vorgaben aus Berlin waren auf der Ebene der Gesamtvertragspartner Kassen und KVen zum

Teil administrativ überladen und auf der Ebene der ärztlichen Honorarbereinigung schlicht wettbewerbsfeindlich ausgestaltet, so die einhellige Erfahrung der Vertragspartner. Im GKV-VSG wird das Thema Bereinigung nun nochmal geordnet. Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll dabei vor allem ausgeschlossen sein, dass die Bereinigung des zu erwartenden Honorars überproportional zu Lasten der Ärzte oder Praxen geht, die an einem Selektivvertrag teilnehmen. Ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

„Bei der Umsetzung des Gesetzes muss jetzt sichergestellt werden, dass kein Arzt oder Psychotherapeut, der an einem Selektivvertrag teilnimmt, durch die Bereinigung finanziell benachteiligt wird."

Dr. med. Werner Baumgärtner, Vorsitzender MEDI Baden-Württemberg

Ob das nun bundesweit durch die KBV beziehungsweise alle einzelnen KVen wirklich diskriminierungsfrei im Sinne des Gesetzgebers in die Praxis umgesetzt wird, bleibt allerdings erst noch abzuwarten.

Weiterer Ausbau der Selektivverträge fest im Visier

In Baden-Württemberg ist auf Basis der Hausarzt- und Facharztverträge eine alternative Regelversorgung bereits fest etabliert, die auf die regionalen Gegebenheiten und Anforderungen abgestimmt ist. Ein Wesenselement ist die strukturiertere, auf hohe Evidenz und klare Verantwortungszuschreibung beruhende enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten. Bei teilnehmenden Haus- und Fachärzten sowie Versicherten genießen die Verträge eine deutlich höhere Akzeptanz als die KV-Regelversorgung bei nachweislich besserer Versorgung.

Aktuell sind in den Facharztverträgen mehr als 1.400 Fachärzte und Psychotherapeuten und über 435.000 Versicherte der AOK und der Bosch BKK eingeschrieben. Und allein am AOK-Hausarztvertrag nehmen inzwischen fast 4.000 Ärzte und über 1,3 Millionen Versicherte teil. Wer die Dynamik der letzten Jahre verfolgt hat, zweifelt nicht daran, dass der seit Startschuss durch den HZV-Vertrag (2008) anhaltende beeindruckende Zuspruch anhalten wird.

Die ambulant-ärztliche Versorgung wurde durch das 2010 gestartete Facharztprogramm stetig um weitere Fachgebiete erweitert. Der 2014 gestartete jüngste Spross im Bereich Orthopädie entwickelt sich prächtig und noch im zweiten Halbjahr 2015 soll in Baden-Württemberg mit dem Urologie-Vertrag der fünfte Facharztvertrag aus der Taufe gehoben werden. Auch dabei soll es nicht bleiben. Die Vertragspartner arbeiten parallel auch an einem Rheumatologie-Baustein. Neben weiteren ärztlichen Fachgruppen würden auch sektorenübergreifende Verträge mit stationären Einrichtungen eine logische und sinnvolle Weiterentwicklung darstellen, so AOK-Chef Dr. Christopher Hermann. ■

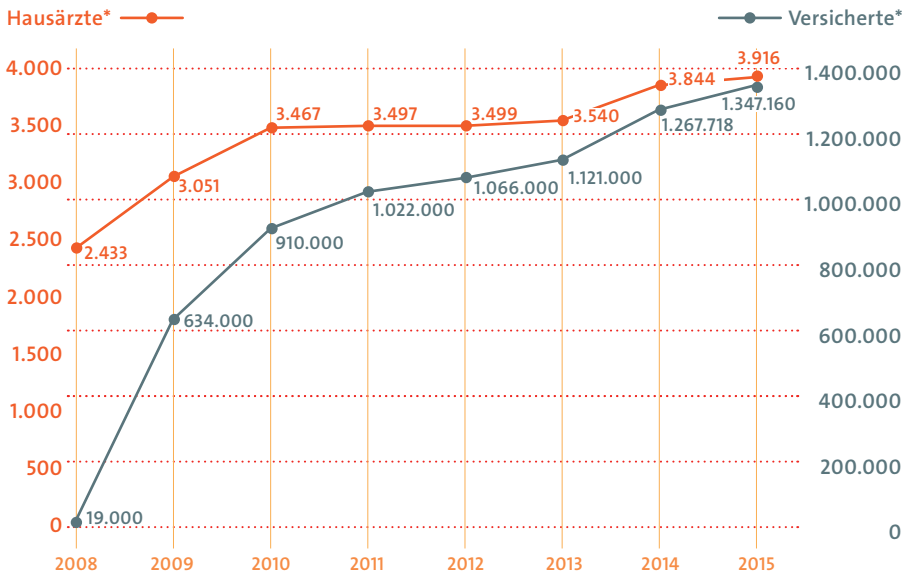
„Die in Baden-Württemberg erfolgreich praktizierte ambulante Selektivversorgung beweist, dass eine Alternative zur KV-Versorgung dauerhaft möglich und von vielen erwünscht ist."

Dr. med. Berthold Dietsche, Vorsitzender Deutscher Hausärzteverband Baden-Württemberg

AOK-Hausarztprogramm – kontinuierliche Teilnehmerentwicklung auf hohem Niveau

Die HZV ist sieben Jahre nach ihrem Start bei Ärzten und Versicherten fest etabliert und nachweislich akzeptiert. Bereits rund drei Jahre nach Beginn des AOK-Hausarztvertrages im Jahr 2008 lagen die Versichertenzahlen über der Millionengrenze. Von diesem hohen Niveau aus zeigt sich seitdem kontinuierlich eine positive Weiterentwicklung. Derzeit nehmen rund ein Drittel der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg am Hausarztprogramm teil. Bei den über 3.600 teilnehmenden Hausärzten ist der weitaus größte Teil der relevanten Versorgerpraxen Vertragspartner. Hinzu kommen die seit 2014 ebenfalls teilnehmenden rund 300 Pädiater. Lesen Sie dazu auch den Erfahrungsbericht auf Seite 13.

Entwicklung Versicherte und Ärzte im AOK-Hausarztprogramm Baden-Württemberg



* ab 2014 inklusive Pädiater in Verbindung mit HZV-Pädiatrie-Modul

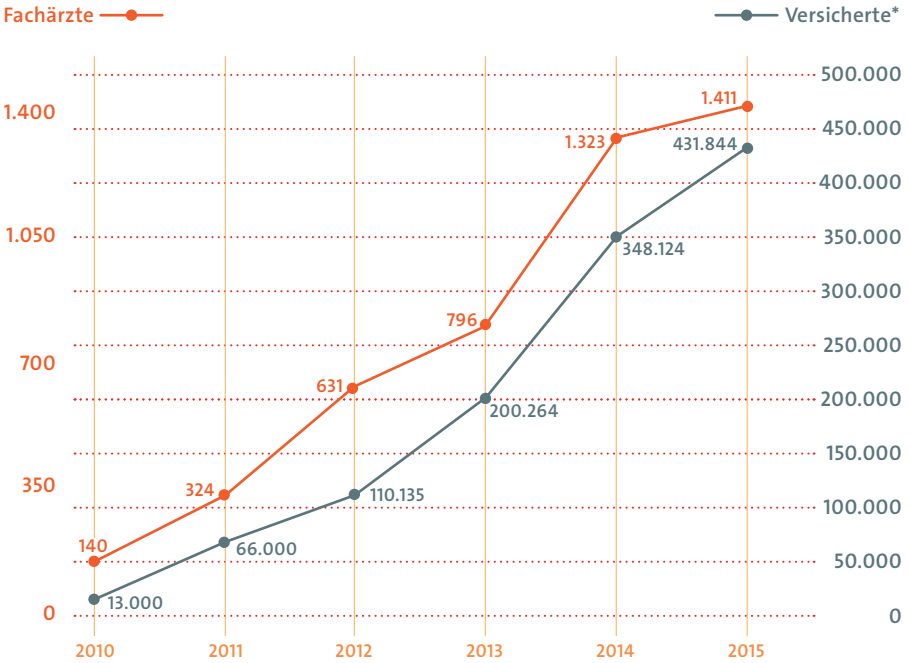
Quelle: AOK Baden-Württemberg

Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK startet durch

Das 2010 gestartete und seitdem um weitere Arztgruppen erweiterte Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK entwickelt sich ebenfalls erfreulich. Derzeit nehmen über 1.400 Fachärzte und Psychotherapeuten am Facharztprogramm teil. Nach dem Start 2010 im Bereich Kardiologie folgten in den Jahren 2011 und 2013 die Verträge für die Indikationsbereiche Gastroenterologie und Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP).

Der im letzten Jahr gestartete vierte Facharzt-Vertrag im Bereich Orthopädie hat die Entwicklung nochmals forciert. Allein 80.000 von 400.000 Versicherten wurden 2014 von den Orthopäden behandelt. Lesen Sie dazu auch unsere Rubrik „Auf den Punkt gebracht“.

Entwicklung Versicherte und Ärzte im FA-Programm von AOK und Bosch BKK Baden-Württemberg



Quelle: AOK Baden-Württemberg

* ab 2013 inklusive Bosch BKK

Kollektivvertrag: Versetzung stark gefährdet

Anlässlich des fünfjährigen Bestehens der Facharztverträge Gastroenterologie und Kardiologie wurde von den beteiligten Facharztverbänden BNK und bng im März ein aktuelles Stimmungsbild im direkten Vergleich zwischen 73c-Vertrag und Kollektivvertrag Baden-Württemberg erhoben.

Das Urteil der an der Online-Befragung teilnehmenden Ärzte in puncto Arbeitszufriedenheit fiel eindeutig aus. Die hohen Erwartungen der Ärzte an die Vertragsteilnahme haben sich weitgehend bestätigt – ebenso das geringe Vertrauen in die Reformfähigkeit des Kollektivvertrages. Mehr dazu im Beitrag „Gute Noten für den Gastro-Vertrag“, Seite 17.

ZEUGNIS

FÜR: Kollektivvertrag

FACH: Arbeitszufriedenheit

Beurteilt von:	NOTE
Gastroenterologen	4,3
Kardiologen	4,1

Versetzung stark gefährdet!!!

ZEUGNIS

FÜR: Selektivvertrag

FACH: Arbeitszufriedenheit

Beurteilt von:	NOTE
Gastroenterologen	1,9
Kardiologen	2,6

Weiter so!

Fragestellung: Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitszufriedenheit im 73c-Vertrag im direkten Vergleich zum Kollektivvertrag?

EFA-Unterstützung auch für Kardiologen und Gastroenterologen

„Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis“ (kurz: EFA) können, ähnlich der VERAH in Hausarztpraxen, delegationsfähige Aufgaben übernehmen, die entweder auf einzelne Facharztgruppen oder auf bestimmte Erkrankungen innerhalb einer Facharztgruppe zugeschnitten sind. Die in den Facharztverträgen gesondert vergütete Leistung der EFA stellt ein wichtiges Unterstützungsangebot dar, das zur Verbesserung der Patientenversorgung beiträgt. 2014 starteten im PNP-Vertrag die ersten 40 EFAs mit bislang sehr positiver Resonanz. Ab Sommer folgen nun die ersten „Kardio-EFAs und Gastro-EFAs“: Die teilnehmenden MFAs absolvieren dazu eine spezifische Weiterbildung durch das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM). Die Inhalte für den Bereich Kardiologie betreffen unter anderem das notwendige Wissen zum Umgang mit den Krankheitsbildern Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Vitien und KHK, zur Planung und Umsetzung von Patientenschulungen sowie zur speziellen und intensiven Patientenbetreuung.

Für den Bereich Gastroenterologie wurde von der Akademie für Medizin und Management (AkaMeMa) in Kooperation mit dem Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen in Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg ebenfalls ein entsprechendes 80-stündiges Curriculum für die Schulungen entwickelt.

Urologievertrag: Start im 2. Halbjahr geplant

Die Vertragsverhandlungen zwischen AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg, Bosch BKK und dem Berufsverband Deutscher Urologen e.V. (BDU) sowie der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Urologen e.V. (AGNU) sind in vollem Gange. Mit der Vertragsunterzeichnung des fünften Facharztvertrags und der Arzteinschreibung wird im Laufe des zweiten Halbjahres gerechnet. Die Vertragspartner setzen damit auch im Rahmen der im GKV-VSG veränderten Rahmenbedingungen für Selektivverträge ihren Ausbau einer flächendeckenden Alternative zur Regelversorgung konsequent fort.

Seit Start des Hausarztvertrages 2008 und des ersten Facharztvertrages 2010 haben sich rund 1,4 Millionen Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK im Hausarztvertrag eingeschrieben. Mehr als 430.000 Versicherte beider Kassen nehmen am Facharztprogramm teil.

Herzinsuffizienz: Haus- und Facharzt als Schnittstellen-Manager

Ruth Auschra

Was bedeuten Hausarztzentrierte Versorgung und Facharztvertrag Kardiologie für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz? In einem Gespräch tauschten sich Hausarzt Dr. med. Thomas Heyer, Kardiologe, PD Dr. med. Ralph Bosch und die AOK-Ärztin PD Dr. med. Sabine Knapstein über die bisherigen Erfolge aus, sprachen aber auch über offene Fragen.

Patienten mit chronischen Krankheiten sind nicht nur eine Herausforderung für das Gesundheitssystem, das unter steigenden Ausgaben und einer Zunahme von lebensstilbedingten Erkrankungen stöhnt. Chronisch Kranke fordern auch ganz alltäglich die behandelnden Haus- und Fachärzte. Im Rahmen der Regelversorgung ist die Last auf den Schultern der Grundversorger groß und die Wartezeit auf einen Facharzttermin lang. Gleichzeitig ist die Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten verbesserungswürdig.

Als Lösung empfehlen Experten seit Jahren kooperative und vernetzte Versorgungsstrukturen. 2008 starteten AOK und Bosch BKK gemeinsam mit den ärztlichen Partnern in Baden-Württemberg die Selektivverträge, um diese Situation nachhaltig zu verändern. Die Ziele sind hoch gesteckt: Für Ärzte, Patienten und Krankenkassen sollen aus der gemeinsamen Versorgungskette der Haus- und Facharztverträge nach den Paragrafen 73b und 73c SGB V spürbare Verbesserungen resultieren.

Wesentlicher Bestandteil der praktischen Umsetzung ist ein gemeinsam erarbeitetes und vertraglich festgelegtes Schnittstellen-Management. Es regelt in verbindlicher Form das Zusammenwirken von Facharzt und Hausarzt und zielt darauf ab, die Vertragsziele „bessere Patientenversorgung“ und „höhere Arbeitszufriedenheit der Ärzte“ zu erreichen. Außerdem trägt es zur Refinanzierung der Verträge bei, unter anderem durch vermiedene Krankenhauseinweisungen und eine rationale Arzneimitteltherapie.

Krankenhauseinweisungen – ein zunehmendes Problem

AIDS, Depressionen, Herzinfarkte oder Drogenabhängigkeit – es gibt Krankheiten, die häufig im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung stehen. Bei der Herzinsuffizienz ist das anders. Zahlen dokumentieren jedoch, wie bitter diese chronische Erkrankung für Patienten und Angehörige ist, wie unbefriedigend für behandelnde Ärzte und wie teuer für die Krankenkassen.

So ist die Diagnose ‚Herzinsuffizienz‘ bundesweit der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt, Tendenz steigend. Die verursachten Krankenhaustage sind zwischen 2000 und 2013 um 20,6 Prozent auf 4,13 Millionen angestiegen, obwohl die durchschnittliche Liegedauer im gleichen Zeitraum von 14,3 auf 10,7 Tage zurückgegangen ist (Quelle: Wachter et al.: Clin Res Cardiol 104, Suppl 1, April 2015).

Auch die Zahlen der AOK Baden-Württemberg zeigen zwischen 2008 und 2013 eine überproportionale Zunahme der Einweisungen um rund 17 Prozent von 18.377 auf 21.454 Fälle. Die Kosten nahmen sogar um 29 Prozent von 67 Millionen Euro auf 86,4 Millionen Euro zu. Ohne aktive Gegensteuerung sind solche alarmierenden Entwicklungen nicht in den Griff zu bekommen. Und genau darum geht es bei den Selektivverträgen. Schicksalhaft sind diese Krankheitsverläufe mit hoher Tendenz zur stationären Behandlung nämlich nicht.

PD Dr. med. Sabine Knapstein

Gut für die Patienten, wenn Haus- und Facharzt abgestimmt handeln

Die Basis der Schnittstellen bilden indikationsspezifisch definierte Versorgungsziele und daraus abgeleitete und vertraglich fixierte Diagnose- und Therapiepfade anhand der gültigen Leitlinienempfehlungen. Im Detail beschrieben sind diese in Anlage 17 der jeweiligen Verträge. „Deren gemeinsamer Erarbeitung geht stets eine umfassende auf Sachverständigenratsgutachten beruhende Analyse der spezifischen Versorgungslage mit Fokus auf Über-, Unter- und Fehlversorgung voraus“, unterstreicht Knapstein (siehe Abb. 1).
Deutlich weist sie darauf hin, dass chronisch Kranke primär nicht stationär, sondern ambulant behandelt werden sollen. „Auf eine vorausschauend koordinierte Betreuung kommt es deshalb bei Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz und im Zusammenspiel von Haus- und Facharzt besonders an“, so Knapstein weiter.

„Gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz nehmen unnötige Klinikeinweisungen in den letzten Jahren deutlich zu“.
PD Dr. med. Sabine Knapstein, AOK

Für die Erarbeitung der Schnittstellen sind etliche Fragen zu beantworten, unter anderem:

- Wann und wie häufig ist welche Leistung sinnvoll?
- Bei welchem Schweregrad der Herzinsuffizienz eignen sich welche Kontroll-Intervalle?
- Welche Aufgaben soll der Hausarzt, welche der Kardiologe übernehmen?

Die leitlinienorientierte Behandlung und ganzheitliche Beratung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation sind weitere Bausteine der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung.

Im KV-System hängt es häufig von der individuellen Eigeninitiative ab, wann der Herzinsuffizienz-Patient welchen Arzt aufsucht und welche Leistung er dort erhält. Während manche Patienten am liebsten wöchentliche Facharzt-Termine in Anspruch nehmen würden, negieren andere einfach ihre Erkrankung, bis sie irgendwann notfallmäßig in der Klinik vorstellig werden. Und die einzelnen Behandler wissen oft gar nicht, wann „ihr" Patient bei welchem Kollegen gewesen ist, welche Medikamente er bekommt und welche Diagnostik bereits vorliegt.

Das Sachverständigenratsgutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen prägte 2009 hierfür den Begriff einer „fragmentierten Versorgungssituation".

Für jeden Versicherten im Haus- und Facharzt-Programm mit Verdacht auf Herzinsuffizienz ist eine fachärztlich-kardiologische Abklärung der Diagnose im Gegensatz dazu obligatorisch. Ebenso die nach Schweregrad festgelegten maximalen Kontrollintervalle beim Kardiologen.

PD Dr. med. Ralph Bosch

Im Therapiepfad sind auch Beratungen zur Compliance-Förderung der Patienten abgebildet, die den Hausarzt in der Patientenführung unterstützen sollen. Sie betreffen u.a. Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil und Verhaltensänderungen.

„Eine rigide Zuordnung zu Haus- oder Facharzt ist bei diesen Punkten nicht sinnvoll, aber eine Abstimmung und Dokumentation zwischen den beteiligten Ärzten sollte der Regelfall sein", so PD Dr. med. Ralph Bosch, Kardiologe aus Ludwigsburg, MEDI Arzt und baden-württembergischer Vorsitzender des Berufsverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK). Außerdem sei es wichtig, dass die Therapiefreiheit durch die Therapiepfade nicht ausgehebelt werde.

„Das letzte Wort hat immer der behandelnde Arzt", betont Bosch. „Uns geht es um Transparenz und um bessere Versorgungssteuerung", bekräftigt Knapstein, „es geht nicht um Kontrolle oder Überwachung."

Abb. 1: Herzinsuffizienz – Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung

Überversorgung

- Eine ungeplante Hospitalisierung auf Grund einer Dekompensation, die durch eine bessere ambulante Betreuung vermeidbar gewesen wäre
- Der zu häufige Besuch beim Kardiologen mit Anliegen, die auch in der hausärztlichen Praxis übernommen werden könnten

Unterversorgung

- Die alleinige Versorgung eines schwer herzinsuffizienten Patienten durch den Hausarzt
- Versorgung eines herzinsuffizienten Patienten in einer kardiologischen Praxis mit nicht ausreichender technischer Ausstattung

Fehlversorgung

- Eine suboptimale medikamentöse Verordnung
- Eine nicht leitliniengerechte, nicht EBM-basierte Versorgung

Vorteil der morbiditätsadaptierten Vergütung

„Wenn ich in der kassenärztlichen Regelversorgung viele NYHA-III- oder -IV-Patienten versorge, dann kann ich ein betriebswirtschaftliches Problem bekommen“, so Bosch weiter. Denn schwerere Fälle bedeuten für den Facharzt naturgemäß, dass die Kontakthäufigkeit ebenso steigt wie die Notwendigkeit teurer Diagnostik. Im Rahmen der Regelversorgung kann diese wirtschaftlich belastende Situation durchaus auch dazu führen, dass ein Patient an die Klinik „abgegeben“ wird. „Im Kardiologievertrag habe ich dieses Problem nicht mehr“, erklärt Bosch. Er kann Herzinsuffizienz-Patienten je nach Schwere der Erkrankung bis zu zwölf Mal im Quartal sehen und sich diese Kontakte auch angemessen vergüten lassen. Für die am Facharztvertrag teilnehmenden Kardiologen ist diese differenzierte Versorgung und Vergütung ein echtes Novum gegenüber der Regelversorgung. Und diese Umstellung trägt erste messbare Früchte. Interne Daten der AOK Baden-Württemberg zeigten einen positiven Trend zu weniger Klinikeinweisungen über alle kardiologischen Indikationen, so Knapstein.

„Es kann in der Regelversorgung zu einem betriebswirtschaftlichen Problem werden, schwer kranke Patienten zu versorgen.“
PD Dr. med. Ralph Bosch,
Facharzt für Kardiologie

Verbesserter Informationsfluss

Auch in puncto „Optimierung der Kommunikation“ setzen die Verträge an. Der Hausarzt verpflichtet sich zu vollständigen Begleitbriefen, der Facharzt zu einem zeitnahen und ausführlichen Facharztbrief. Überflüssige Doppeluntersuchungen, unkoordiniertes Nebeneinander der Berufsgruppen und Defizite in der Beratung zum Leben mit chronischer Krankheit sollen dadurch weitgehend vermieden werden.

Noch funktionieren nicht alle Schnittstellen so perfekt, wie es sich die Verantwortlichen vorgestellt haben. Der Kardiologe wünscht sich vom Hausarzt regelmäßig eine Auflistung von bestehenden Diagnosen, Vorbefunden, eingenommenen Medikamenten, Laborwerten, ergänzt durch die aktuelle Fragestellung. Das ist zwar vertraglich vorgesehen, es existiert auch ein Vordruck, der aber nicht von allen Ärzten genutzt wird. „Da die Daten bereits im System vorhanden sind, ist eine nochmalige Zusammenfassung eher umständlich“, so der hausärztlich tätige Internist und Repräsentant des Hausärzteverbands Baden-Württemberg Dr. med. Thomas Heyer aus Stuttgart. Ob genau dieser Vordruck verwendet werde, sei eigentlich eher nebensächlich, räumen die beiden Ärzte ein, wichtig sei vor allem die Vollständigkeit der Informationen.

Umgekehrt wünscht sich der Hausarzt wie eh und je in erster Linie eine zügige und ausführliche Information vom Facharzt. Die elektronische Datenübermittlung könnte hier zukünftig Abhilfe schaffen. Im April startete dazu in der Region Heilbronn unter Federführung von MEDI Baden-Württemberg ein wegweisendes Pilotprojekt zur horizontalen IT-Vernetzung von Haus- und Fachärzten mit fast 100 Teilnehmern.

Die Ergebnisse werden mit Spannung erwartet, denn nach erfolgreichem Abschluss des Pilotprojektes ist eine zeitnahe Ausweitung der Vernetzungslösung auf freiwilliger Basis für alle Teilnehmer an den Selektivverträgen geplant.

Dr. med. Thomas Heyer

Aufwertung der Lotsenfunktion des Hausarztes

Lob gibt es für das Überweisungsmanagement im Rahmen der Selektivverträge. „Meine Patienten wissen, dass sie eine Überweisung zum Facharzt brauchen, damit sich die Kommunikation zwischen Hausarzt und Facharzt verbessert“, so Heyer.

Weiter beschreibt er: „Die Patienten wissen, dass die Kommunikation keinen Selbstzweck darstellt, sondern der Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung dient.“

Bosch stimmt ihm zu und ergänzt: „Ganz wichtig in den 73b- und 73c-Verträgen ist die Steuerungsfunktion des Hausarztes.“ In seiner kardiologischen Gemeinschaftspraxis wird bei der Terminvergabe deutlich darauf hingewiesen, dass jeder Patient eine hausärztliche Überweisung benötigt.

„Wir haben keine Angst mehr, Patienten zu verlieren. Diese Konkurrenz gibt es heute nicht mehr wegen des Hausarztmangels, dem der Selektivvertrag entgegenwirkt.“
Dr. med. Thomas Heyer,
hausärztlich tätiger Internist

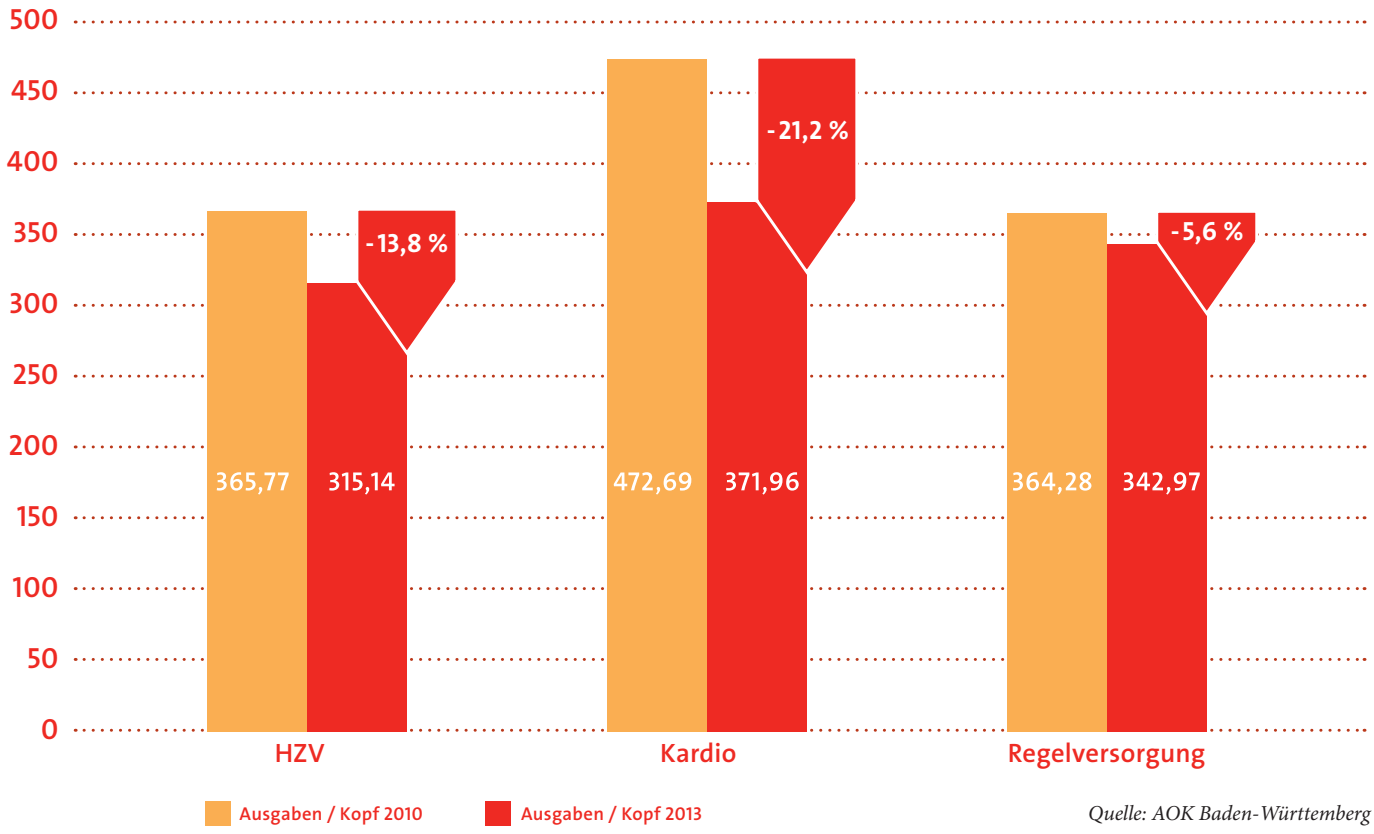
Aus hausärztlicher Sicht ist die Aufwertung der Lotsenfunktion erfreulich, wenngleich die Möglichkeiten der Lotsentätigkeit in der Praxis manchmal auch begrenzt sind: „Ich kann keinen Patienten festnehmen lassen, der wahllos Fachärzte aufsucht“, gibt Heyer zu bedenken. Er berichtet auch, dass er keine Angst mehr hat, Patienten zu verlieren. „Diese Konkurrenz gibt es heute nicht mehr wegen des Hausarztmangels“, stellt er fest, „dem der Selektivvertrag entgegenwirkt.“

Harmonisierung des Arzneimittel-Managements

Das softwaregestützte Medikamenten-Management ist eine zentrale Schnittstelle, die zur Harmonisierung der Verordnungen beiträgt, was nicht zuletzt die Patienten zu schätzen wissen. In der Regelversorgung kennt jeder Hausarzt Fachärzte und vor allem Kliniken, die die bestehende Medikation durch andere Arzneimittel ersetzen. Häufig durch teurere, die regressbehaftet sein können. Bei Umstellungen resultiert für den Patienten eine nicht nachvollziehbare, unnötig belastende Situation. Für den Hausarzt entsteht zusätzliche Arbeit und der Facharzt fühlt sich in seinem Bemühen ausgebremst.

Bei der Diagnose ‚Herzinsuffizienz‘ kommt eine Besonderheit hinzu: Die Klinik beginnt üblicherweise mit einer niedrig dosierten Medikation, die in der ambulanten Versorgung überprüft und stufenweise gesteigert werden muss. Hausarzt- und Facharztverträge animieren beide Arztgruppen dazu, beim Verordnen das Arzneimittelmodul mit dem Ampelschema zu beachten – „und plötzlich ist der Patient zufrieden, weil er von seinen beiden Ärzten die gewohnte grüne Packung mit den kleinen weißen Pillen bekommt“, wie Heyer augenzwinkernd beschreibt. Dieses in der Vertragssoftware verankerte Steuerungsinstrument für eine evidenzbasierte rationale Pharmakotherapie wird nach anfänglichen technischen Problemen inzwischen von beiden Facharztgruppen gut angenommen. Auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel sanken durch die besser koordinierte Arzneimitteltherapie in der Indikation ‚Herzinsuffizienz‘ gegenüber der Regelversorgung deutlich (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Pro-Kopf-Ausgaben in Euro für Arzneimittel für Versicherte mit Herzinsuffizenz (2010 vs. 2013)



Quelle: AOK Baden-Württemberg

Kardiologie-Vertrag: Ausreichende Praxis in der Echokardiografie ist verlangt

Verbesserung der Kodiergenauigkeit

In den Facharztverträgen orientieren sich Versorgung und Vergütung an den Krankheitsbildern mit der größten Versorgungslast, die an die entsprechend korrekt verschlüsselten Diagnosen gekoppelt sind. Dem Hausarzt wird das dadurch erleichtert, dass die ICD10-Codierung des Kardiologen in seinem Arztbrief enthalten ist, so dass er die Diagnose übernehmen kann.

Interne Auswertungen belegen, dass sich die Qualität der ICD10-Verschlüsselung und damit die Datenlage der 73c-Fachärzte gerade bei der Indikation Herzinsuffizienz im Vergleich zur Kollektivversorgung insgesamt deutlich verbessert hat – allerdings noch nicht bei allen Ärzten gleichermaßen. Aus Sicht der Krankenkasse kann die Wichtigkeit der Verschlüsselungsqualität nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Die spezifische Kodierung bildet die Grundlage für eine regionale Versorgungssteuerung und damit für die Sicherung der Versorgungsqualität und die Ressourcenplanung. Unspezifische Kodierungen, die den Schweregrad der Erkrankung nicht abbilden, sind für diese Ziele nutzlos. „Nur deshalb hat die WHO diese Form der Kodierung weltweit aufgesetzt“, erinnert Knapstein.

Fazit: Motivation statt Regelversorgungsfrust

Patienten mit der Diagnose ‚Herzinsuffizienz‘ profitieren von einer Teilnahme an den Selektivverträgen in vielfältiger Form (siehe Abb. 3).

Aus AOK-Sicht betont Knapstein vor allem die Wichtigkeit der systematischen und evidenzbasierten, vorausschauenden und leitliniengerechten Versorgungsqualität. Und noch etwas ist ihr elementar wichtig: die neue, fachlich getragene gemeinsame Diskussionskultur.
Heyer sieht es als großen Vorteil, dass er an der Gestaltung der Vertragswelt teilnehmen kann, dass er neue Versorgungsmodelle mit entwickeln kann, die er drei Monate später tatsächlich in seiner Praxis integriert sieht. „Die Arbeit im Selektivvertrag macht viel mehr Spaß“, lacht er und ergänzt etwas leiser: „Ich weiß nicht, ob ich sonst noch Hausarzt wäre.“

Seinem Facharztkollegen Bosch ist es besonders wichtig, dass es gelungen ist, auch innovative Verfahren wie die ambulante Schrittmacherversorgung im 73c-Vertrag abzubilden. „Das ist wirklich Motivation“, lautet sein Fazit. ■

Abb. 3: Vorteile für Herzinsuffizienz-Patienten im Vergleich zur Regelversorgung

- Vorausschauende Behandlung
- Morbiditätsorientierte Kontrollintervalle
- Leitliniengestützte Diagnostik und Therapie
- Hohe Anforderungen an den Erfahrungshintergrund der Kardiologen (150 Ultraschalluntersuchungen, davon mind. 100 Echokardiografien pro Quartal)
- Mehr Zeit beim Kardiologen für schwer kranke Herzinsuffizienz-Patienten
- Hausarzt als Lotse mit direktem Draht zum behandelnden Kardiologen
- Abgestimmte Medikamentenverordnung zwischen Hausarzt und Kardiologen
- Effizientere Kommunikation (und damit Informiertheit!) zwischen Hausarzt und Kardiologen
- Notfallmäßige Klinikaufenthalte werden seltener

Neues Kinder- und Jugendarztmodul kommt gut an

Susanne Wetterich

Das Pädiatrie-Modul als eigenständige Vertragssäule innerhalb der HZV kommt sehr gut an. Seit dem Startschuss am 1. April 2014 nehmen bereits rund 300 Kinder- und Jugendärzte teil, die über 70.000 Versicherte eingeschrieben haben.

Die Teilnehmerzahlen belegen eindrucksvoll, dass die zwischen der AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg, dem Hausärzteverband und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) getroffene Vereinbarung die speziellen Anforderungen der Kinder- und Jugendärzte zutreffend abbildet. „Nach anfänglichen inhaltlichen Differenzen ist nun in einer fairen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Partnern ein Vertragswerk entstanden, dessen zentrale Inhalte die Kinder-und Jugendärzte wesentlich mitgestaltet haben“, so Dr. med. Roland Fressle, Landesverbandsvorsitzender des BVKJ.

Qualität als oberster Leitgedanke

Wie in allen Verträgen steht die Behandlungsqualität im Fokus. Dies zeigt sich in vielen Details: Ein Präsenzlabor, das eine schnelle Diagnose möglich macht und dadurch Fehlbehandlungen, beispielsweise mit Antibiotika, vermeiden hilft, ist ebenso Vertragsbestandteil wie das Amblyopie-Screening, welches dem Mangel abhilft, dass eine Sehschwäche bei Kindern häufig (zu) spät erkannt wird. Zudem werden Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen angeboten, die über das bestehende Leistungsportfolio der GKV hinausgehen. Und durch einen verbindlichen Informationsfluss ermöglicht die vertraglich definierte Transition einen strukturierten und gesteuerten Übergang chronisch kranker Jugendlicher zum weiterbehandelnden HZV-Arzt der Erwachsenenmedizin.

Ausreichend Zeit

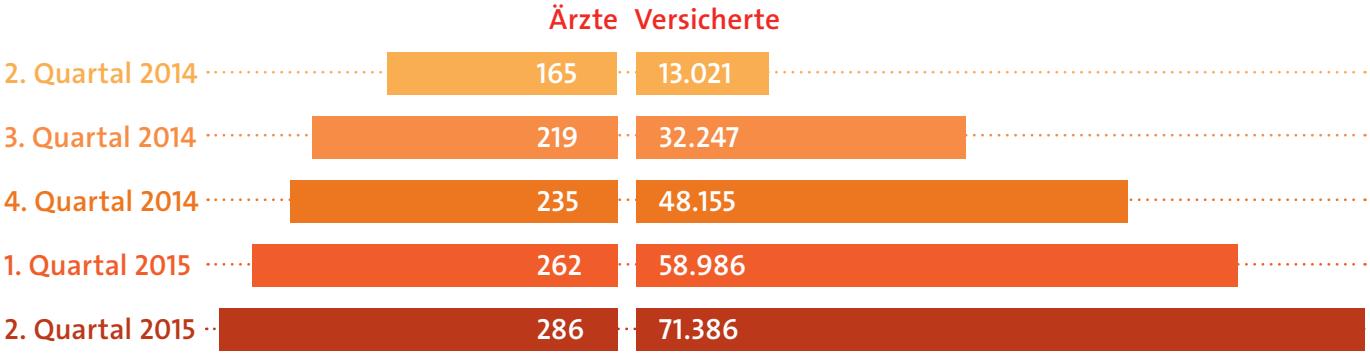
Übermäßiger Medienkonsum, falsche Ernährung und instabile familiäre Verhältnisse machen die sozialpädiatrische Komponente der pädiatrischen Behandlung immer wichtiger. Dafür gibt es im HZV-Vertrag ausreichend Zeit, die auch gesondert honoriert wird. „Als Ärzte können wir somit auch besser die psychosozialen Krankheitsbedingungen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen. Und mit der erweiterten Vorsorge auf Basis von „PaedCheck“ erreichen wir die moderne Versorgungswelt: Wir setzen nicht erst dann an, wenn eine Krankheit bereits aufgetreten ist, sondern richten die Aufmerksamkeit darauf, die Risiken schon im Vorfeld zu erkennen

Dr. med. Roland Fressle

und entsprechend gegenzusteuern“, so der BVKJ-Landesverbandsvorsitzende in Baden-Württemberg.

Zufrieden zeigen sich die Kinder- und Jugendärzte auch mit der Bezahlung, die durchschnittlich um rund 50 Prozent über der Regelversorgung liegt. „Der Beratungs- und Zeitaufwand ist in der Vereinbarung realistisch abgebildet, es gibt weder Budgetierung noch Fallzahlbegrenzung, der erhöhte Versorgungsaufwand sowohl für 2- und 3-Jährige als auch für Chroniker erfährt Berücksichtigung und es gibt aufgrund fester Preise mehr Planungssicherheit“, so Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. Mit der verpflichtenden Teilnahme an Qualitätszirkeln und einer spezifischen Fortbildung stärke die HZV zudem das Zusammenwirken zwischen den Pädiatern. ■

Teilnehmerentwicklung Pädiatriemodul in der HZV



Basis: abrechnende Ärzte; Quelle: AOK Baden-Württemberg

Wertvolle Entlastung für die Praxen

Jürgen Stoschek

Die Delegation nichtärztlicher Leistungen an die Krankenkasse gehört zu den Besonderheiten der Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg. Im Hausarztvertrag, PNP-Vertrag und im Orthopädievertrag ist der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK zur Entlastung der Praxen vertraglich verankert.

Die Sozialpädagogen der AOK können auf freiwilliger Basis bei einer Erkrankung in Anspruch genommen werden, die über kurz oder lang zu einer Chronifizierung der Beschwerden mit längeren Arbeitsunfähigkeiten führen könnte. Beispiele hierfür sind Patienten mit Rückenschmerz oder einer psychischen Erkrankung, wenn eine arbeitsplatzbedingte Erkrankung oder eine schwierige familiäre Situation besteht.

Eine der wesentlichen Aufgaben besteht darin, durch die Zusammenarbeit mit den Praxen bei einzelnen Patienten eine stabile Gesamtversorgungssituation zu erreichen. Dazu gehören auch die Vermittlung weiterer Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen und Institutionen.

Spezielle Qualifikationen

Im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg arbeiten ausschließlich Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium und Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. Viele der landesweit 186 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich zusätzlich noch weitergebildet und spezialisiert, sind in der Pflegeberatung tätig oder kümmern sich beispielsweise um die psycho-onkologische Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs.

Positive Erfahrungswerte – Zustimmung von Patienten

Wenn Patienten aufgrund ihrer Erkrankung überfordert sind, sind die Sozialpädagogen eine wertvolle Hilfe, die von den Patienten geschätzt wird. Über positive Erfahrungswerte in ihrem Fachgebiet berichtet Diplom-Psychologin Carolin Knorr, die in Merzhausen und Emmendingen als Psychotherapeutin niedergelassen ist. „In meiner Praxis sind viele Patienten, die vorher in einer psychiatrischen Klinik oder in einer psychosomatischen Fachklinik waren und die sich oft aufgrund ihrer Erkrankung noch überfordert mit dem Ausfüllen von Formularen bei Ämtern und Behörden fühlen. Einige meiner Patientinnen und Patienten haben mit existenziellen Geldsorgen zu kämpfen. Manche haben auch keine eigene Wohnung mehr oder müssen aus Geldnot aus ihrer Wohnung ausziehen und haben große Schwierigkeiten, eine neue Wohnung zu finden", erklärt Knorr.
Die Behandlung etwa einer Depression sei unter solchen Bedingungen sehr schwierig. Die Unterstützung durch den Sozialen Dienst könne hier Verbesserungen bewirken. Außerdem sei psychotherapeutisches Arbeiten im engeren Sinn ja erst möglich, wenn existenzielle Nöte geklärt sind. Knorr nimmt von Anfang an am PNP-Vertrag teil.

„Früher habe ich mich um diese Dinge immer selber gekümmert und Zeit von der psychotherapeutischen Arbeit abgezwackt."
Carolin Knorr

Jetzt rufe sie, wenn der Patient einverstanden ist, bei ihrer festen Ansprechpartnerin in der zuständigen Bezirksdirektion der AOK an „und die kümmert sich dann darum", berichtet Knorr.

Sozialer Dienst im Austausch mit Arzt und Patient

Reha-Maßnahmen organisieren und Nachsorgebedarf sichern

Nicht immer stößt der Soziale Dienst bei den Ärzten sofort auf offene Ohren. Sie sei anfangs sehr skeptisch gewesen, berichtet Dr. med. Monika Zeller, die als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Stuttgart niedergelassen ist. Sie habe damals öfters den Eindruck gehabt, dass sich Patienten, die schon länger krankgeschrieben sind, bedrängt fühlten. Gerade bei psychisch Kranken sei das kontraproduktiv. Inzwischen wisse sie aber, was der Soziale Dienst im Rahmen des PNP-Vertrages leisten kann, betont Zeller.

„Ich nutze den Dienst vor allem, wenn es darum geht, für einen Patienten eine berufliche oder medizinische Rehabilitation zu organisieren. Viele unserer Patienten sind damit überfordert und als Praxis können wir uns darum eigentlich nicht kümmern."
Dr. med. Monika Zeller

Der Sozialpädagoge könne sich auch um die stufenweise Wiedereingliederung ins

Erwerbsleben bemühen und entsprechende Kontakte zu Arbeitgebern herstellen. „Da entsteht ein Synergismus, der auch für den Therapieerfolg nützlich ist“, betont Zeller. Häufig handele es sich um psychisch Kranke, bei denen eine Therapie erst nach einigen Monaten anschlägt und die ihr Leben dann wieder eigenständig führen können, in der Übergangszeit aber noch Unterstützung benötigen. Nicht immer kommen die Patienten oder deren Angehörige selbst damit zurecht, berichtet Zeller.

Seit etwa einem Jahr nutzt Zeller die Möglichkeit, im Bedarfsfall den Sozialen Dienst einzuschalten. Positiv sei auch, dass sie immer eine Ansprechpartnerin hat „und nicht für jeden Stadtteil eine andere“. Mit dem Griff zum Telefon lasse sich vieles regeln. Und wenn sie den Eindruck habe, der Soziale Dienst mache bei einem Patienten momentan „zu viel des Guten“ oder etwas laufe in die falsche Richtung, dann rufe sie ihr „Gegenüber“ an. So sei im Laufe der Zeit doch eine recht gute Zusammenarbeit entstanden, betont Zeller.

Hilfe bei unspezifischen Rückenschmerzen

Auch im Rahmen des Orthopädievertrages kann der Soziale Dienst über die Hausarztpraxis für Patienten, die an den Selektivverträgen teilnehmen, eingeschaltet werden. In Frage kommen dabei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, bei denen es begründete Hinweise gibt, dass seelische Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld im Zusammenhang mit der Rückenschmerzdiagnose stehen.

„Wenn ich sehe, es bestünde ein Bedarf, weil es beispielsweise um eine Frage der Arbeitsförderung oder um eine Überlastung im Haushalt geht, kann der Soziale Dienst aktiviert werden“,
Dr. med. Reinhard Deinfelder

Dies berichtet der Orthopäde Reinhard Deinfelder aus Donzdorf, Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Eine andere Möglichkeit ergibt sich im Rahmen der Fallkonferenzen, bei denen Hausarzt, Neurologe und Orthopäde über mögliche biopsychosoziale Zusammenhänge bei unspezifischen chronischen Rückenschmerzen sprechen. Hausarztpraxen können Sozialpädagogen ebenfalls hinzuziehen, wenn sie bei Versicherten, die im AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, einen Unterstützungsbedarf sehen. „Das funktioniert ganz unkompliziert“, erklärt die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) Bettina Duda aus der Praxis Dr. Pablo Pujol und Andrea Pujol in Stuttgart. Häufig geht es dabei um das Thema ambulante Pflege und um die Beschaffung von dabei erforderlichen Hilfsmitteln. „Das kann eine Praxis nicht leisten“, sagt Duda. Über eigene Erfahrungen berichtet der Facharzt für Allgemeinmedizin Uwe Gräter aus Möglingen:

„Ich habe meinen Vater vom Sozialen Dienst betreuen lassen. Ich glaube, das sagt alles. Ich bin sehr zufrieden.“
Dr. med. Uwe Gräter

Haben Sie weitere Fragen oder Anregungen zum Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Kontaktieren Sie Frau
Nadja El-Kurd:

Telefon: 0711 2593-7732
Telefax: 0711 2593-7703
Nadja.El-Kurd@bw.aok.de

Oder gehen Sie direkt auf Ihre regionalen Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen zu.

Nachgefragt bei ...

Nadja El-Kurd

Nadja El-Kurd, Sozialpädagogin (M.A.), AOK Baden-Württemberg, zuständig für die Koordination des Sozialen Dienstes im Rahmen der Selektivverträge nach Paragraf 73 c SGB V.

Warum wurde in den beiden Facharztverträgen Orthopädie und PNP die Inanspruchnahme des Sozialen Dienstes der AOK explizit aufgenommen?

Rückenschmerzen und Depressionen sind inzwischen Volkskrankheiten, deshalb möchten wir gemeinsam mit den Ärzten und Psychotherapeuten eine bessere Versorgung erreichen, die auch die individuelle Beratung stärker berücksichtigt. Beide Facharztverträge verfolgen den Grundsatz der biopsychosozialen Versorgung, wodurch eine ganzheitliche Versorgungsgestaltung der Versicherten angestrebt wird.

Bei unspezifischen Rückenschmerzen ist beispielsweise empirisch belegt, dass Belastungen im familiären, beruflichen und sozialen Bereich als Risikofaktoren für eine Verschlimmerung beziehungsweise Chronifizierung der Schmerzen gelten. Der Soziale Dienst zielt im Sinne der Ganzheitlichkeit auf die Herstellung einer stabilen Gesamtversorgungssituation unter Einbezug des sozialen Umfeldes, dabei geht es nicht – wie oftmals vorurteilshaft angenommen – ausschließlich um die Reduktion und Einsparung von Leistungsbezügen!

Welche Erfahrungen liegen mittlerweile vor?

Die Erfahrungen zeigen, dass die Kollegen tatsächlich als zusätzliche Unterstützung und Entlastung der Praxen wahrgenommen werden und die Patienten von der vertrauensvollen Zusammenarbeit profitieren. Im Rahmen des PNP-Facharztvertrages haben wir im Jahr 2014 landesweit über 1000 Versicherte erreicht und knapp 500 Mal haben PNP-Fachärzte beziehungsweise -Therapeuten uns als Ansprechpartner und Informationsgeber für (psycho-) soziale Themen in der jeweiligen Region herangezogen.

Gibt es Unterschiede zur Regelversorgung?

In der Regelversorgung bestehen vereinzelt Kontakte zu Haus- und Facharztpraxen, jedoch nicht so strukturiert wie im Rahmen der Verträge. Ein weiterer Unterschied ist, dass die vertrauensvolle Zusammenarbeit zusätzlich in den Vergütungspauschalen nach Anlage 12 der Verträge inkludiert ist. Der wohl größte Unterschied ist im PNP-Facharztvertrag, Modul Psychotherapie sichtbar: Hier erhalten Versicherte, die über den Sozialen Dienst einer Facharzt-/Therapeutenpraxis zugewiesen werden, innerhalb von drei Tagen einen Termin. Das ist in der Regelversorgung nahezu undenkbar.

Wie läuft die Unterstützung konkret ab?

In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert ein Kollege oder eine Kollegin den individuellen Hilfebedarf und stimmt mit dem Patienten und eventuell mit der jeweiligen Praxis konkret einen Versorgungsplan ab. Dabei werden auch Hilfen von Dritten aus dem regionalen Netzwerk und dem Hilfesystem initiiert. Bei Bedarf führen die Sozialpädagogen auch Hausbesuche durch.

Wer kann die Inanspruchnahme initiieren?

Wir wünschen uns eine beidseitige, vertrauensvolle Zusammenarbeit. Einerseits haben die Sozialpädagogen die Möglichkeit, konkret auf die Praxen zuzugehen und einen Termin für einen Versicherten zu initiieren – Eigenmotivation und Eigenverantwortung des Versicherten natürlichvorausgesetzt. Andererseits können Facharztpraxen direkt die Sozialpädagogen der AOK für eine ergänzende Unterstützung heranziehen. Auch der behandelnde Hausarzt kann der Initiator sein, denn er spielt als Lotse und Koordinator mit dem Behandlungsüberblick eine tragende Rolle.

Was muss der Facharzt dafür genau tun?

Im Rahmen des Facharztvertrages Orthopädie kann der behandelnde Facharzt in seinem Befundbericht an den Hausarzt die Einschaltung des Sozialen Dienstes initiieren. Bei Fallkonferenzen „Rücken“ hat er die Möglichkeit, den in der Vertragssoftware hinterlegten Beratungsbogen „Fallkonferenz“ auszufüllen und uns direkt zu übermitteln.

Die Kontaktdaten des zuständigen Ansprechpartners im Sozialen Dienst werden in der Vertragssoftware automatisch auf den Beratungsbogen eingespielt und dadurch der bürokratische Aufwand für den Facharzt gering gehalten. Dasselbe Vorgehen mit der Vertragssoftware ist auch für die Kooperation mit den PNP-Fachärzten und -Therapeuten geplant.

Wichtig ist zu wissen, dass jede Praxis ihren persönlichen und direkten Ansprechpartner im Sozialen Dienst der zuständigen AOK-Bezirksdirektion hat. ■

Gute Noten für den Gastro-Vertrag

Jürgen Stoschek

Die positiven Erwartungen an den Gastroenterologie-Vertrag nach Paragraf 73c SGB V haben sich für die 168 Teilnehmer fünf Jahre nach Vertragsstart weitgehend erfüllt.

Dies bestätigt eine aktuelle Umfrage des Berufsverbands niedergelassener Gastroenterologen (bng) in Baden-Württemberg. Die meisten Beweggründe der Vertragsteilnahme leiten sich aus der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im KV-System ab, wie die Abbildung zeigt. Der Wegfall der Budgetierung und das Prinzip „Bessere Bezahlung bei besserer Qualität“ standen an der Spitze der Teilnahmemotive. Für beide Motive erklärten rund 90 Prozent der Teilnehmer, dass sich ihre Erwartungen vollkommen oder weitgehend erfüllt hätten. Auch bei den anderen Beweggründen haben sich die Erwartungen ebenfalls in hohem Maße erfüllt. Nur bei der Erwartung an eine strukturiertere Zusammenarbeit mit den Hausärzten signalisiert die Befragung noch Verbesserungsbedarf.

Unter dem Strich liegt der Selektivvertrag klar vorn: Gefragt nach der derzeitigen Arbeitszufriedenheit im Gastro-Vertrag im direkten Vergleich zum „Kollektivvertrag“ gaben die Befragten dem Gastro-Vertrag die Schulnote 1,9 und dem Kollektivvertrag nur eine 4,1.

Vorreiter bei Vorsorgekoloskopie

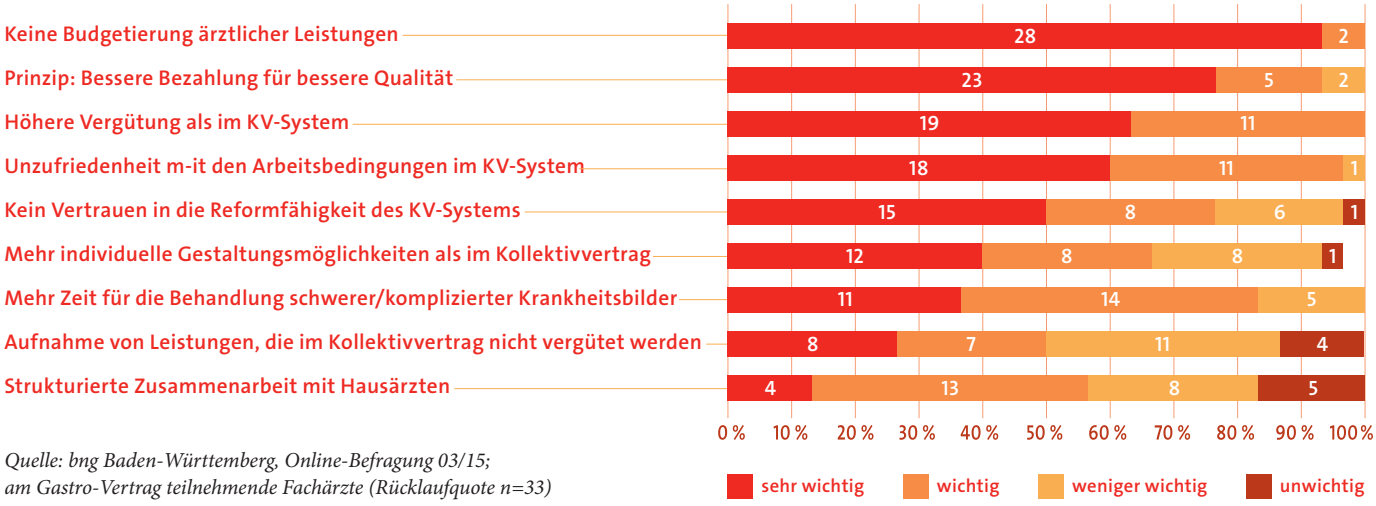
Besonderes Qualitätsmerkmal ist die um 50 Prozent höhere Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie zur Früherkennung einer Darmkrebs-Erkrankung. Die durchschnittliche Teilnahmerate lag 2011 bis 2013 bei den 55- bis 59-Jährigen bei 4,0 Prozent gegenüber 2,6 Prozent im Kollektivvertrag. In der Ansprache der Versicherten werden die Haus- und Fachärzte dabei durch gezielte Einladungsschreiben und Informationsmaterialien unter dem Motto ‚Darm-Check‘ unterstützt.

2014 wurde das Einstiegsalter für die Vorsorgekoloskopie abweichend von der Regelversorgung auf 50 Jahre gesenkt. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg evaluiert derzeit die Effekte dieser Maßnahme. Ergebnisse werden bis Ende 2015 erwartet.
Prof. Dr. med. Leopold Ludwig, niedergelassener Gastroenterologe und Vorsitzender des bng in Baden-Württemberg,

Prof. Dr. med. Leopold Ludwig

dazu: „Die Zahlen belegen deutlich den Effekt eines strukturierten Einladungs- und Informationsverfahrens. Wir sind froh, dass wir im Rahmen des Gastro-Vertrages die notwendige Flexibilität und Bereitschaft der Vertragspartner haben, auch die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen erstmalig einzubeziehen. Da es auf absehbare Zeit keine randomisierten kontrollierten Studien hierzu geben wird, freuen wir uns sehr, dass wir mit Prof. Dr. Hermann Brenner aus Heidelberg einen der führenden Experten auf dem Gebiet der epidemiologischen Analyse bevölkerungsweiter Koloskopie-Screening-Programme für die Auswertung der Daten gewinnen konnten.“ ■

Welche der folgenden Kriterien waren für Ihre Vertragsteilnahme von Bedeutung?



Quelle: bng Baden-Württemberg, Online-Befragung 03/15; am Gastro-Vertrag teilnehmende Fachärzte (Rücklaufquote n=33)

Auf den Punkt gebracht

Fünf Fragen an Dr. med. Burkhard Lembeck, Sprecher des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Baden-Württemberg.

Nach gut einem Jahr gibt es bereits über 500 teilnehmende Ärzte – ist der Facharztvertrag Orthopädie in Baden-Württemberg ein Selbstläufer?
Ja, wir sind sehr zufrieden mit der Akzeptanz des Vertrages. Viele Kollegen haben erkannt, dass der Vertrag eine ganz andere Behandlungsintensität und -qualität ermöglicht. In der Regelversorgung sind sie da deutlich mehr beschnitten.

Einen Satz zur Honorierung!
Erstens erhalten die Kollegen eine pro Fall durchschnittlich bessere Vergütung, ansonsten würde sich der Mehraufwand nicht lohnen. Zweitens erfolgt die Vergütung pro Fall und pro Kontakt ohne Budgetierung, das heißt, gerade die kranken, beratungsintensiven Patienten können wieder versorgt werden. Drittens wird vor allen Dingen die sprechende Medizin vergütet, technische Leistungen nur als Pauschale. Bessere Bezahlung plus nachhaltige Ausrichtung der Vergütungsstruktur auf die sprechende Medizin gleich höhere Attraktivität.

Können Sie das an Beispielen festmachen?
Nehmen wir das Beispiel des sogenannten unspezifischen Rückenschmerzes. Unsere Honorarstruktur vergütet Sprechen und Untersuchung, nicht Technik. Der Arzt bekommt somit Zeit, die bei diesem Krankheitsbild entscheidenden Einflussfaktoren wie Lebensstil und psychosoziale Belastungen zu erkunden. Er bekommt Zeit, den Patienten zu beraten und zu motivieren.

Gibt es weitere Punkte, die im Orthopädievertrag hervorstechen?
Bleiben wir beim Beispiel Rückenschmerz: Therapeutisch stehen uns neben den bekannten passiven Anwendungen wie Wärme und manueller Therapie neue Bewegungsangebote der Kasse zur Verfügung, die längerfristig angelegt sind und eine aktive Teilnahme erfordern. Weiterhin bekommen wir die Möglichkeit, bei bestimmten Fällen kurzfristig Unterstützung durch psychotherapeutische Kollegen in sogenannten Fallkonferenzen zu erhalten. Auch die vertraglich geregelte Einbeziehung von Hilfsangeboten wie dem Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg oder den Patientenbegleitern der Bosch BKK kann in einigen Fällen sehr hilfreich sein, bei denen zum Beispiel das Problem wesentlich durch das häusliche Umfeld oder den Arbeitsplatz bestimmt ist.

Thema Zusammenarbeit mit dem Hausarzt – nicht immer ein konfliktfreies Thema, oder?
Die Arbeit am Selektivvertrag war eigentlich durch ein gutes Miteinander von Hausärzten, Chirurgen und uns Orthopäden gekennzeichnet. Wir haben die Schnittstellen, das heißt, wann welcher Patient zum Orthopäden und wieder zurücküberwiesen werden soll, relativ rasch festlegen können. Verbindlich festgelegt worden ist auch die Berichterstattung sowohl von Hausärzten als auch von Fachärzten; das muss jetzt nur noch gelebt werden. Weiterhin haben wir den Austausch in den Qualitätszirkeln festgelegt – da erhoffe ich mir auch deutlich mehr Verständnis füreinander. Die Grundlage für eine bessere Vernetzung ist gemacht – am meisten wird davon der Patient profitieren – das ist meine feste Überzeugung.

Impressum

Herausgeber und Verantwortliche i.S.d.P.

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

Bosch BKK
Dr. Gertrud Prinzing
Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Berthold Dietsche
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Werner Baumgärtner
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

Redaktion: Jürgen Stoschek (Chefredaktion), Susanne Wetterich
Grafik-Design: Anne Hooss
Produktion und Druck: Offizin Scheufele Druck und Medien GmbH & Co. KG, Stuttgart

Bildnachweise:
Auschra (Seiten 8 bis 10)
Philips (Seite 12), privat (Seite 13)
AOK Baden-Württemberg (Seite 14/15)
Rudel (Seite 17)
privat (Seite 18)

Weiterführende und aktuelle Informationen über die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg finden Sie unter:

www.neue-versorgung.de
www.aok-gesundheitspartner.de/bw
www.bosch-bkk.de
www.hausaerzteverband.de
www.hausarzt-bw.de
www.medi-verbund.de