

# NEUE VERSORGUNG

Gesund in Baden-Württemberg

Juli 2016

## 8-Jahres-Bilanz zur HZV im Südwesten: Vorteile der Selektivverträge untermauert

Seite 4

Richtig kodieren:  
Ein komplexes Dauerthema  
Seite 8

Erfolgsgeschichte:  
Zwei Jahre PraCMan  
Seite 12

Qualitätszirkel Orthopädie:  
Motivationale Beratung im Fokus  
Seite 14

## Inhalt Ausgabe 01/2016

### Editorial

- Versorgungswettbewerb: HZV schlägt KV! 3

### Leitartikel

- Strukturierte Versorgung gelingt – man muss es nur wollen und können 4

### Aktuelles

- Urologievertrag startet 5
- Darm-Check zeigt Wirkung – Krebsinzidenz rückläufig 6
- Neu in der HZV: arriba-Tool „Depression“ 6

### Kaleidoskop

- Selektive(s) Wahrheiten, Weisheiten und Wissen 7

### Im Dialog

- Richtig kodieren – ein komplexes Dauerthema 8

### Aus den Verträgen

- HZV-Einschreibung: aktiv angehen 11
- Zwei Jahre PraCMan: schon 10.000 Versicherte profitieren 12
- Qualitätszirkel Orthopädievertrag: Motivationale Beratung dient der Heilung 14
- You'll never walk alone... Patientenbegleitung der Bosch BKK 16

### Auf den Punkt gebracht

- Fünf Fragen an Dr. Christopher Hermann 18

- Impressum 19

# Versorgungswettbewerb: HZV schlägt KV!

## Liebe Leserinnen und Leser,

die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg verbessert die Patientenversorgung und steigert die Effizienz! Auf diese Kurzformel bringen Forscher der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg die Ergebnisse ihrer großen Abschluss-Evaluation nach acht Jahren HZV. Sie wurde am 15. Juni in Berlin vorgestellt. Für den bundesweit ersten HZV-Vertrag konnten darin erstmalig auch Vorteile anhand „harter Endpunkte“ nachgewiesen werden: Diabetikern bleiben durch die intensivere HZV-Betreuung in drei Jahren über 1.700 schwerwiegende Komplikationen wie Amputationen, Erblindungen oder Schlaganfälle erspart. Diese und weitere Qualitätsverbesserungen der HZV in Kombination mit den Facharztverträgen gehen einher mit verbesserter Wirtschaftlichkeit. 2015 lagen die Investitionen der AOK Baden-Württemberg in die Selektivverträge bei 530 Millionen Euro – 35 Millionen Euro weniger als in der Regelversorgung angefallen wären.


Eine beeindruckende Erfolgsgeschichte im deutschen Gesundheitswesen, die ohne die rund 4.000 teilnehmenden Haus- und Kinderärzte sowie 1.500 Fachärzte und Psychotherapeuten nicht möglich gewesen wäre. Für Dr. med. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, ist die HZV „die mit Abstand wichtigste Errungenschaft der letzten 20 bis 30 Jahre“. Mehr dazu im Leitartikel auf Seite 4.

Und es geht weiter im Südwesten. Im zweiten Halbjahr soll der Urologie-Vertrag starten – bereits der fünfte Facharztvertrag nach Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie und Orthopädie. Ein Rheumatologie-Modul zu dem 2014 erfolgreich gestarteten Orthopädie-Vertrag soll ebenfalls noch im zweiten Halbjahr folgen.

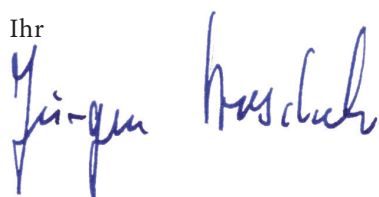
Warum die korrekte Kodierung von Diagnosen wichtig für die Versorgung ist, lesen Sie in der Rubrik „Im Dialog“ ab Seite 8. Und mehr über das Thema Praxis-Management in der HZV erfahren Sie im Beitrag auf Seite 11.

Um besondere Errungenschaften der Selektivverträge geht es im Artikel „Zwei Jahre PraCMan“ (Seite 12) und in dem Bericht zur motivationalen Beratung – ein Schwerpunkt in den Qualitätszirkeln des Orthopädievertrages (Seite 14). Von den positiven Erfahrungen mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK handelt der Beitrag ab Seite 16.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns auf Ihre Anregungen, aber auch Kritikpunkte. Schreiben Sie uns unter

 [www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

Ihr



Jürgen Stoschek, Chefredakteur

# Strukturierte Versorgung gelingt

## ... man muss es nur wollen und können

Helmut Laschet

**Der jetzt publizierte Evaluationsbericht zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg belegt den Erfolg der Kooperation von AOK, Hausarztverband und MEDI. Aber was sind die Erfolgsfaktoren?**

Wirtschaftlicher und trotzdem besser? Das geht nicht! – Doch, das geht! Was vor acht Jahren zunächst als gewagte Hypothese galt, was über lange Zeit von strukturkonservativen Verfechtern der einheitlichen und gemeinsamen Kollektivvertragsversorgung bekämpft und zeitweilig von maßgeblichen Gesundheitspolitikern der letzten Legislaturperiode mit Hürden behindert wurde, hat sich nun nachweislich zu einem Erfolgsmodell entwickelt: die HZV nach Paragraph 73b SGB V in Kombination mit Facharztverträgen nach den Paragraphen 73c und neuerdings 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg.

### Win-Win für Patienten, Ärzte, AOK

Entstanden ist eine Win-Win-Situation: für chronisch kranke Patienten, die nachweislich besser versorgt werden, wie Diabetiker, die weniger schwere Langzeitkomplikationen haben als Patienten gleichen Alters und mit gleicher Morbiditätsstruktur in der Regelversorgung; für Haus- und Fachärzte, die ein besseres und kalkulierbares Honorar ohne Fallzahlbegrenzung und andere Deckelungen erhalten und deren Berufszufriedenheit sich in kooperativen Strukturen deutlich verbessert hat; schließlich die AOK Baden-Württemberg, die 2015 unter dem Strich aufgrund vermiedener Hospitalisierungen und rationaler Arzneimitteltherapie mit 530 Millionen Euro in Haus- und Facharztverträgen rund 35 Millionen Euro weniger ausgibt als in der Regelversorgung.

Nach acht Jahren liegt nun der dritte, von den Professoren Ferdinand Gerlach (Uni Frankfurt) und Joachim Szecsenyi (Uni Heidelberg) erstellte Evaluationsbericht vor. Verglichen wurden dabei 861.000 HZV-Versicherte mit 730.000 Versicherten der Regelversorgung, und zwar alters-, geschlechts-, migrations- und morbiditätsadjustiert.

Grundsätzlich gilt: Diese HZV-Versicherten sind im Schnitt 15 Jahre älter als der AOK-Durchschnitt, das heißt: Die Zielgruppe der chronisch Kranken wird erreicht. HZV-Patienten werden von Hausärzten intensiver betreut als die Kontrollgruppe, aber sie haben weniger unkoordinierte Facharztinanspruchnahmen. Weitere Ergebnisse für 2014:

- ✎ Weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen: 15 zu 16,1 je hundert Versicherte.
- ✎ Geringere Hospitalisierungsrate: 22,2 zu 26,1 je hundert Versicherte.
- ✎ Niedrigere Wiedereinweisungsrate nach vier Wochen: 17 zu 19,2 je hundert Versicherte.
- ✎ Geringere stationärer Fallkosten: 5897 zu 6399 Euro.

Dabei ist der Gesundheitszustand der HZV-Versicherten im Vergleich zur Kontrollgruppe besser: Die geringere Rate an Komplikationen bei Diabetikern – dialysepflichtige Nephropathie, Erblindungen, Amputationen, Herzinfarkt und Schlaganfall – zeigt dies deutlich. Ebenso die um etwa zwei Prozentpunkte niedrigere Hospitalisierungsrate bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz. Das ist nicht zuletzt auch das Ergebnis wesentlich höhe-

rer Teilnahmeraten an Disease-Management-Programmen, der intensiven und verpflichtenden Arbeit in Qualitäts- und Pharmakotherapiezentren und eine stärkere Orientierung an Leitlinien. Und nicht zuletzt Effekt einer koordinierten, an verbindlichen Diagnose- und Behandlungspfaden gebundenen Kooperation von Haus- und Fachärzten mit klaren Arbeitsteilungen und Kommunikationspflichten.

### Kein Laborversuch, kein Modell auf der grünen Wiese

Was auf der Bundesebene mit dem Positionspapier „KBV 2020“ ein wohl unrealistisches und überfrachtetes Fernziel ist, das ist in Baden-Württemberg gelungen: eine strukturierte und ressourceneffiziente flächendeckende Alternativversorgung für eine alternde Gesellschaft.

Kein Laborversuch, kein Modell auf der grünen Wiese. Warum ist dies in Baden-Württemberg gelungen?

Erstens, weil gegebenes Recht, insbesondere zu den Selektivverträgen konsequent und eigenverantwortlich genutzt worden ist. Zweitens, weil eine große Zahl von Vertragsärzten mit ihrer KV massiv unzufrieden war. Drittens, weil Hausärzteverband und MEDI gut aufgestellt und willens waren, als Alternative zur KV als Vertragspartner zur Verfügung zu stehen. Nicht zuletzt ist es aber auch die Bereitschaft des AOK-Chefs Dr. Christopher Hermann, mit langem Atem in ambulante Versorgung zu investieren. Eigenverantwortung und Gestaltungswille haben sich hier gepaart – und das findet man so nicht überall in der Republik. ■

↓ [Download](#) Broschüre Evaluationsergebnisse unter: [www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

### +++ Weiter steigende Teilnehmerzahlen +++

Die positiven Ergebnisse der aktuellen wissenschaftlichen Evaluation spiegeln sich auch in der Zahl teilnehmender Ärzte und Psychotherapeuten sowie eingeschriebener Versicherter wider: Derzeit nehmen – kontinuierlich zunehmend – rund 4.000 Haus- und Kinderärzte

und über 1.500 Fachärzte und Psychotherapeuten an den Haus- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg teil. Sie verantworten gemeinsam die Versorgung von gut 1,4 Millionen HZV-Versicherten im AOK-Hausarztvertrag und rund 520.000 Versicherten im gemein-

samen Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK.

Doch die Vertragspartner wollen hier nicht stehen bleiben; sie wollen die alternative Regelversorgung systematisch weiter ausbauen!

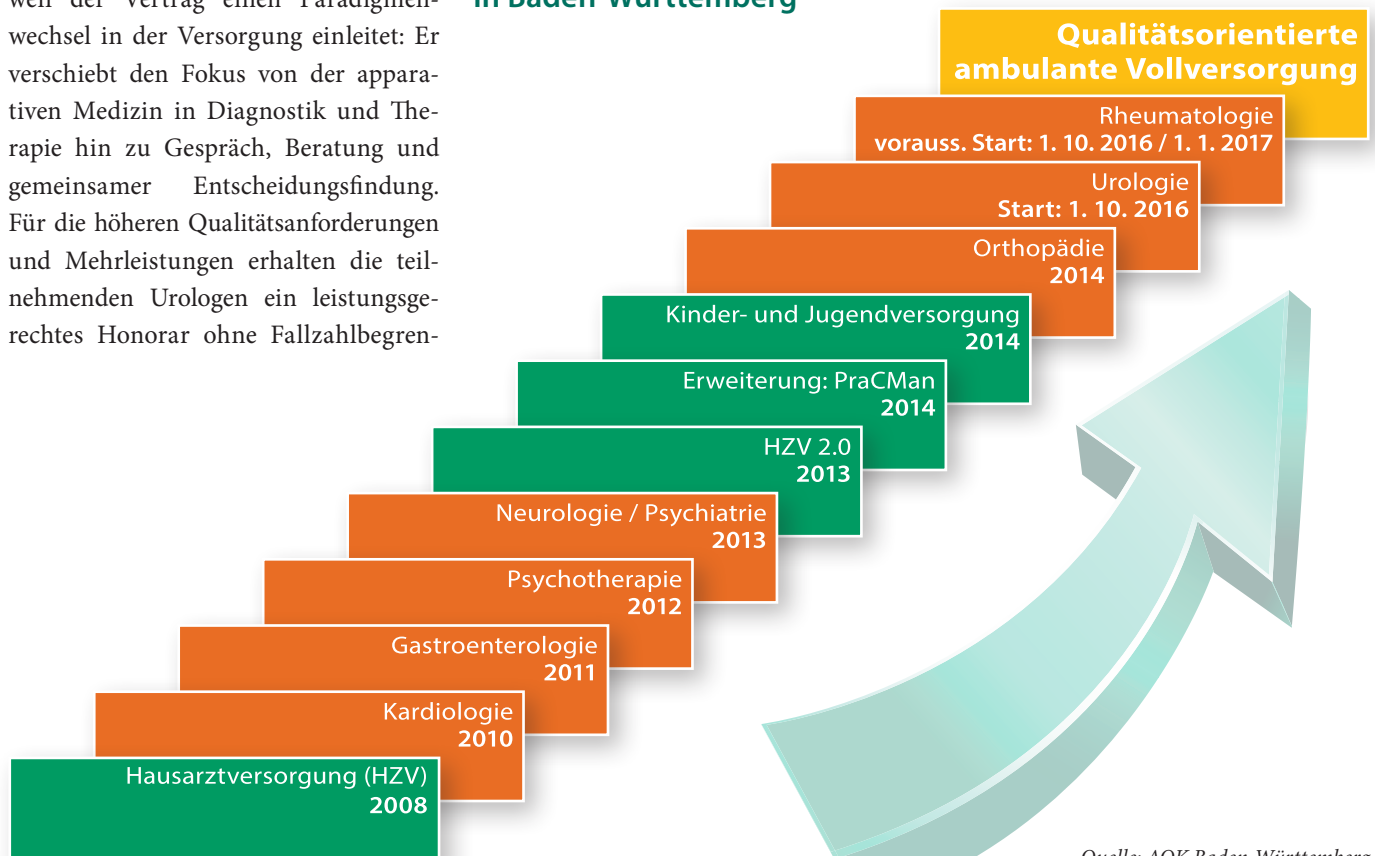
### +++ Urologievertrag startet +++

Der Urologie-Vertrag von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK befindet sich in der Startvorbereitung. Auf ärztlicher Seite sind die Vertragspartner MEDI Baden-Württemberg, der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) sowie die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Urologen (AGNU). Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Patienten von einer nachhaltig besseren Behandlung profitieren werden, weil der Vertrag einen Paradigmenwechsel in der Versorgung einleitet: Er verschiebt den Fokus von der apparativen Medizin in Diagnostik und Therapie hin zu Gespräch, Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung. Für die höheren Qualitätsanforderungen und Mehrleistungen erhalten die teilnehmenden Urologen ein leistungsgerechtes Honorar ohne Fallzahlbegren-

zung. Es liegt wie bei den anderen Facharztverträgen deutlich höher als in der kollektivvertraglichen Versorgung. Als Versorgungsbeginn für den fünften Facharztvertrag wird der 1. Oktober angepeilt. „Wir sind sehr froh, dass der Urologie-Vertrag jetzt unterschriftsreif ist. Wir setzen damit den Ausbau unse-

rer erfolgreichen Strategie einer engen Verknüpfung von haus- und fachärztlicher Versorgung fort“, erklärt Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. „Dieses Konzept erklärt auch viele positive Ergebnisse, die von den Wissenschaftlern in der Evaluation gezeigt wurden.“

### Qualitätsorientierte ambulante Vollversorgung in Baden-Württemberg



Quelle: AOK Baden-Württemberg

## +++ Darm-Check zeigt Wirkung – Krebsinzidenz rückläufig +++

In den Selektivverträgen geht die Darmkrebsinzidenz bei den 55- bis 85-Jährigen zurück. Der positive Effekt ist bei Teilnehmern am AOK-Hausarztvertrag deutlich stärker ausgeprägt als in der Regelversorgung (RV): Die Rate der Neuerkrankungen ging von 2009 bis 2014 bei Männern um 24,5 (RV: 8,5) pro 100.000 Versicherten und bei Frauen um 9,6 (RV: 1,8) zurück.

Dazu beigetragen hat sicherlich auch die seit 2011 jährlich ab April stattfindende Aktion „Darm-Check“. Sie beinhaltet motivierende Einladungsschreiben und Materialien, um den Arzt bei Ansprache und Aufklärung der Patienten zu unterstützen. Im Ergebnis lag die Rate der Vorsorgekoloskopien in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen im Durchschnitt der letzten Jahre rund 50 Prozent höher als in der Regelversorgung. Seit April 2014 werden bei der AOK Baden-

Württemberg und der Bosch BKK auch Patienten ab 50 Jahren angesprochen.

### Darm-Check 2016. Jetzt fällig.



Die Kampagne „Darm-Check“ zeigt Wirkung

„Die Zahlen belegen eindrucksvoll den Effekt eines strukturierten Einladungs- und Informationsverfahrens“, so Prof. Dr. med. Leopold Ludwig, Vorsitzender des Berufsverbands niedergelassener Gastroenterologen (bng) in Baden-Württemberg und MEDI-Mitglied. Ab der diesjährigen Aktion werden die Hausärzte zusätzlich durch einen Hinweis in der Vertragssoftware an die Ansprache der Versicherten erinnert.

Unter [www.darmcheck2016.de](http://www.darmcheck2016.de) finden die eingeschriebenen Versicherten weitere Informationen zur Vorsorgekoloskopie und den am Facharztvertrag teilnehmenden Ärzten, bei welchen sie als Extra-Service auf Wunsch eine Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen erhalten. Zudem sind alle Darmreinigungsmittel für die eingeschriebenen Versicherten zuzahlungsfrei.

## +++ Neu in der HZV: arriba-Tool „Depression“ +++

Mit arriba können Hausärzte im AOK-Hausarztprogramm bereits seit Juli 2009 für ihre Patienten eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall erstellen. Jetzt steht als neuer arriba-Service auch das neue Depressions-Modul zum Download bereit. Kern ist der sogenannte „PHQ-9-Fragebogen“, der als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt wurde. Er beinhaltet neun Fragen, die Arzt und Patient gemeinsam durchsprechen.

Der Schweregrad der Depression wird per Punkte-Score aus den Antworten ermittelt. Für die drei Einteilungen

leicht-, mittel- oder schwergradig erhält der Arzt differenzierte Informationen und Einschätzungen zu den Behandlungsalternativen. „Viele Hausärzte müssen eine gewisse Hemmschwelle überwinden, bevor sie den Patienten direkt nach depressiven Symptomen fragen“, berichtet Prof. Dr. med. Attila Altiner von der Universität Rostock, der an der arriba-Entwicklung beteiligt ist. „Als eine Ursache Ihrer Beschwerden kommt auch die Möglichkeit einer Depression in Frage“, formuliert er einen typischen Gesprächseinstieg. „Deshalb würde ich gerne neun kurze Fragen mit Ihnen durchsprechen, damit wir diese Möglichkeit nicht übersehen.“ Die Befragung dauert tatsächlich höchstens

fünf Minuten. „Man kann sehr schnell in den Bereich der therapeutischen Interventionen gehen“, weiß Altiner, der arriba in der eigenen Praxis pro Woche zwei bis drei Mal anwendet. Wichtig in diesem Zusammenhang: Wenn sich kein Anhaltspunkt für eine Depression zeigt, ist das Thema damit vom Tisch. Die Fachärzte für Psychiatrie und der Psychotherapeut werden entlastet, weil sie sich so darauf verlassen können, dass der Hausarzt ihnen nur die Patienten überweist, bei denen die Möglichkeiten der Grundversorgung wirklich ausgeschöpft sind.

↓ Download arriba für HZV-Ärzte unter [www.arriba-hausarzt.de/material/aok-bw.html](http://www.arriba-hausarzt.de/material/aok-bw.html)

# Selektive(s)...

## ...Wahrheiten

# 1.700

## vermiedene Komplikationen

Die am 15. Juni in Berlin vorgestellte unabhängige wissenschaftliche Evaluation zur HZV in Baden-Württemberg untermauert signifikante Vorteile gegenüber der Regelversorgung. Ein Kernergebnis ist: In der HZV-Gruppe zeigt sich bei 119.000 Diabetikern im Verlauf von drei Jahren eine Reduktion schwerwiegender Komplikationen um rund 1.700 Fälle. Dazu zählen: Dialysepflicht, Erblindungen, Fußamputationen, Herzinfarkte und Schlaganfälle.

Ausführliche Informationen zu den Ergebnissen der Evaluation unter [www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

## ...Weisheiten



## ...Wissen

Der Quiz-Gewinner der letzten Ausgabe ist Dr. med. Hans-Jürgen Zimmermann aus Malterdingen. Herzlichen Glückwunsch!

### Die neue Quizfrage lautet:

Für welches Fachgebiet wurde 2016 in Baden-Württemberg ein neuer Facharztvertrag verhandelt?



Die Lösung können Sie hier online abgeben:  
[www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir wieder ein „gesundes und erholsames Wochenende“ für zwei Personen in einem Top-Wellness-Hotel in Baden-Württemberg.

Teilnahmeschluss ist Montag, der 19. September 2016. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der AOK, der Bosch BKK sowie der Ärztenverbände sind nicht teilnahmeberechtigt.

Der Gewinner wird in der nächsten Ausgabe der NEUEN VERSORGUNG bekannt gegeben und schriftlich benachrichtigt.

# Richtig kodieren – ein komplexes Dauerthema

Katja Ewers

**Die Kodierung nach ICD-10 ist vertragsärztliche Pflicht, erfüllt verschiedene Funktionen und ist somit auch ein wichtiges Element in den Selektivverträgen. Wo dennoch Knackpunkte liegen, wie Ärzte von einer präzisen Diagnoseverschlüsselung profitieren können und warum die Gefahr zum Upcoding nicht besteht, erläutern Vertreter der Vertragspartner im Gespräch.**

Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Jahr 2009 erfolgt die Mittelverteilung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen zu Recht wesentlich anhand des Krankheitsstatus ihrer Versicherten. Dafür legt das Bundesversicherungsamt – für jedes Jahr jeweils neu – 80 kostenintensive Krankheiten mit überdurchschnittlich hoher Versorgungslast fest. Die Schwere der Krankheiten, daran gekoppelt die Höhe der Zuweisungen aus dem Fonds an die Krankenkassen sowie auch die Höhe der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung einer KV-Region, werden unter anderem anhand der ärztlichen Kodierung nach ICD-10-GM ermittelt.

Vertragsärzte werden gemäß Paragraph 295 SGB V dazu angehalten, auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und in den Abrechnungsunterlagen Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der aktuellen Version des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu verschlüsseln.

## Gründe für ungenaues Kodieren

„Wir stellen in Baden-Württemberg im Vergleich zu 2009 schon Verbesserungen in der Kodiergenauigkeit fest“, konstatiert Jürgen Graf, Leiter Integriertes Leistungsmanagement bei der AOK

Baden-Württemberg. „Aber: Im vertragsärztlichen Bereich ist das System noch nicht eingeschwungen.“ Von einer korrekten Kodierung, die insbesondere Komplikationen und Schweregrade erfasse, seien die einzelnen Regionen unterschiedlich weit entfernt. Die Folge: Seit Einführung des Morbi-RSA fließen mehr Mittel in die östlichen Bundesländer. „Das hat natürlich mit der Versorgungssituation zu tun, aber eben auch mit dem Kodierverhalten der Ärzte“, ist Graf überzeugt. Nach Ansicht des Kassenmanagers könnten in diesem Punkt verbindliche ambulante Kodierrichtlinien Abhilfe schaffen, die jedoch praktikabel ausgestaltet sein müssten, keine Anreize zu diagnostischer Überversorgung bieten und gleichzeitig nicht unterkomplex angelegt sein dürfen. Ob dies gelingen wird, erscheint fraglich; vielleicht ist ein stetiger Anpassungs- und Lernprozess der Krankheitsdokumentation, wie er etwa auch im DRG-System erfolgreich erfolgte, wahrscheinlicher.





„In der Praxis wurde historisch eine Situation geschaffen, die einfach ungünstig ist“, urteilt Ivo Weiß. Der Geschäftsführer der HÄVG AG in Baden-Württemberg spielt auf ein Strukturproblem des KV-Systems – Leistungsdokumentation

nach EBM neben Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10 – an. Ärzte müssen ihre Tätigkeit nach diesen zwei Katalogen abbilden, die keinen erkennbaren Zusammenhang aufweisen. Während das Ansetzen der Gebührenordnungspositionen nach einem sich häufig ändernden EBM vergütungsbezogen erfolgt, hat die Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 keinen unmittelbaren Einfluss auf den Verdienst des Arztes und wird eher als zusätzliche Bürokratie empfunden. Erschwerend kommt hinzu, dass beide Kataloge die eigentliche ärztliche Tätigkeit nur unzureichend abbilden. Das führe laut Weiß dazu, dass Ärzte Dokumentationen eher kritisch gegenüberstehen.

## Vergütung folgt Morbidität

Alle Selektivverträge von AOK und Bosch BKK orientieren sich am konkreten Versorgungsbedarf der jeweiligen Erkrankung, der durch die korrekte endstellige Verschlüsselung gemäß ICD-10 erfasst werden muss. Nur unter dieser Voraussetzung können die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko de facto übernehmen. Teilnehmende Ärzte sind daher vertraglich verpflichtet, korrekte, endstellig verschlüsselte Diagnosen

### Typische Kodierprobleme in der Praxis

-  Änderungen von Dauerdiagnosen, wenn die Erkrankung fortschreitet (z. B. Diabetes)
-  fehlende Komorbiditäten (z. B. Herzinsuffizienz mit Adipositas)
-  keine gesicherte Diagnose trotz mehrfacher Arztkontakte (z. B. Depression mit unterschiedlichem Schweregrad)
-  Erfassung spezieller Diagnosen und von Unterklassifizierungen



### Fragen für die korrekte Diagnoseerfassung

1. Sind alle Diagnosen möglichst spezifisch verschlüsselt?
2. Denke ich bei jeder Arzneimittelverordnung an die dazugehörige Diagnose?
3. Habe ich alle chronischen Erkrankungen dauerhaft gespeichert?
4. Verwende ich keine Akutdiagnosen (stationäre Diagnosen) dauerhaft?

anzugeben. Ziel ist es, Versorgungsschwerpunkte hinsichtlich der Morbidität von Patienten abzubilden. In diesem Sinn wirkt die konkrete Vertragsausgestaltung in Baden-Württemberg darauf hin, „diese zwei Kataloge gedanklich zusammenzuführen“, wie Graf betont. „Indem bestimmte Vergütungselemente an Diagnosespektren gebunden sind, soll der entsprechende Aufwand für typische Versorgungskonstellationen oder Patientenklientele bestmöglich abgebildet werden.“ Dies zeigt sich besonders in den Facharztverträgen.



„In allen Verträgen sind die Zusatzpauschalen abhängig von der Kodierung der Diagnosen.“

Ass. jur. Frank Hofmann,  
Vorstand der MEDIVERBUND AG

Für Kardiologen betrifft das zum Beispiel die Pauschalen P1 a–e (kardiologische leitliniengerechte Versorgung bei Herzinsuffizienz, KHK, Herzrhythmusstörungen, Vitien oder Hypertonie). Patienten mit Herzinsuffizienz etwa, die

einen erhöhten Behandlungsaufwand erfordern, führen nach dieser Logik zu höheren Zusatzvergütungspauschalen als Patienten mit leichtem Bluthochdruck. Im PNP-Vertrag (Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie) lässt sich dieses Prinzip an einer Vergütungsposition in der Akutversorgung verdeutlichen. Beginnen Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten in dringenden Fällen, definiert durch eine entsprechende Verschlüsselung im ICD-10 Katalog, rasch mit der Psychotherapie, erhalten sie für bis zu zehn Therapieeinheiten pro Einheit eine höhere Vergütung als für andere Patienten.

Das Grundprinzip besteht darin, dass die hausärztliche Versorgung kaum über einzelne Verrichtungen beziehungsweise Einzelleistungen abgebildet werden kann. Deshalb folgt die Vergütungshöhe in der HZV der jeweiligen Schwere der Krankheit, etwa in Abhängigkeit von chronischen Erkrankungen oder von Multimorbidität.

### Hilfestellung der Vertragspartner

„Diese Philosophie der Verträge und auch die Refinanzierungslogik sind vom Grundsatz her akzeptiert“, berichtet

Ass. jur. Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG. Doch bei der konkreten Umsetzung bestehe hoher Informationsbedarf. „Da gibt es praktische Probleme“, räumt der Jurist ein. MEDI bietet daher bei Einführung eines neuen Facharztvertrages Schulungen an. Darüber hinaus kommen Kodierthemen auch in den laufenden Abrechnungs- und EVA-Schulungen zur Sprache. Außerdem verteilt der Verbund über diverse Medien praktische Kodierhilfen.



„Kein Mensch kann von einem Arzt verlangen, die entsprechenden ICD-10-Codes alle auswendig zu kennen.“

Ivo Weiß, Geschäftsführer der HÄVG AG  
in Baden-Württemberg

Ivo Weiß ergänzt, dass die HÄVG Hilfestellungen in dem Moment anbietet, in dem die Diagnose gestellt wird, zum Beispiel bei einem Diabetes ohne Komplikationen. „Bei Diabetes gibt es ja über 20 verschiedene Diagnosen“, sagt der diplomierte Volkswirt. Entsprechende Abrechnungssoftware bietet dann die Möglichkeit, alle Diagnosen mit Verschlüsselungen zum Krankheitsbild Diabetes anzuzeigen.

Die AOK bietet mit ihrem Arzt-Partner-Service (APS) zusätzlich einen direkten persönlichen Ansprechpartner. Zweibis dreimal pro Jahr informieren die APS-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter über Neuerungen und Wissenswertes rund um DMP und Selektivverträge, darunter auch zu grundsätzlichen Kodierthemen, etwa Neuerungen im Klassifikationsmodell oder in den ICD-basierten Vergütungsregelungen. Neben allgemeinen

◀ und praxisspezifischen Fragen zu den Selektivverträgen spielen häufig auch weitere Themen eine Rolle, etwa im Bereich von Fragen des allgemeinen Sozialrechts. Dieses Angebot wird insgesamt gerne angenommen und unterstützt die erfolgreiche Umsetzung der AOK-Selektivverträge in Baden-Württemberg.

### Vorteile für Ärzte

Von einer korrekten Kodierung profitieren die Praxen unmittelbar über die höhere Vergütung. „Was an ärztlichen Zusatzvergütungen in die Selektivverträge fließt, das richtet sich an Versorgungsschwerpunkten und Patientenproblemen aus“, stellt Jürgen Graf klar. Vor diesem Hintergrund sei es fair und wichtig, deren Versorgungsaufwand auch korrekt abzubilden, argumentiert der AOK-Fachbereichsleiter.



„Wir schaffen Anreize, damit insbesondere für sehr kranke Patienten bessere Versorgungsangebote umgesetzt werden.“

Jürgen Graf, Leiter Integriertes Leistungsmanagement bei der AOK Baden-Württemberg

Aber auch langfristig zahlt sich die exakte Diagnoseerfassung für die einzelne Praxis aus. Für die ärztliche Kommunikation ist sie unerlässlich, für eine zielgerichtete Therapieeinleitung eine medizinische Notwendigkeit. Deshalb setzen die Selektivverträge auch Anreize, um die Kodiergenauigkeit zu verbessern: Auf der einen Seite sind in den Facharztverträgen Versorgungsschwerpunkte mit präzisen Diagnosen hinterlegt, die Komorbiditäten erfassen und eine unspezifische Kodierung unterbinden. Auf der anderen Seite wird im Hausarztver-

trag das Schnittstellenmanagement via 73c-Strukturzuschlag auf die P1 (vier Euro) abgebildet. Im Idealfall profitieren so beide Seiten. Fachärzte erhalten eine Vergütung für korrekte Kodierungen, Hausärzte erhalten über die Kommunikation mit den Fachärzten die korrekte Kodierung via Arztbrief. Fakt ist allerdings, dass die Kommunikation, da sind sich die Gesprächspartner von MED1, HÄVG und AOK einig, noch weiter verbessert werden sollte. „Aber jeder ist in seinem Bereich achtsamer unterwegs“, resümiert Graf.

Die Gefahr des Upcoding sieht man von Kassenseite nicht. Denn das Niveau korrekter Kodierungen hat seine „natürlichen Grenzen in der konkreten Morbidität der Versicherten und der ärztlichen Ethik, den Patienten nicht kränker zu machen, als er ist“, so Graf. Eher sieht er die Problematik der unterkomplexen Kodierung. An diesem Punkt müsse angesetzt werden, um die Versorgungs- und Krankheitssituation der Versicherten korrekt abzubilden.

### Präzises Kodieren schützt vor Regress

Korrekte Kodierungen könnten zukünftig auch bei einer neuen Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Rolle spielen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bestimmt der Gesetzgeber, dass die derzeit in Paragraph 106 SGB V vorgegebene Richtgrößenprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich als bundesgesetzliche Vorgabe zum 1. Januar 2017 durch regionale Vereinbarungen ersetzt werden kann. Künftig haben es damit die Vertragspartner auf Regionalebene in der Hand, die Prüfungsarten und -kriterien in Prüfvereinbarungen festzulegen und damit die Wirtschaftlichkeitsprüfung so zu gestalten, dass regionale Gegebenheiten berücksichtigt werden.

„Wir sprechen da aktuell mit KV und Prüfungsausschuss auch unter dem Stichwort indikationsbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung“, berichtet Graf. „Damit würde ein anderer Ansatz greifen“, ergänzt Hofmann, „nämlich dass man sich nicht mehr an schieren Verordnungsmengen orientiert, sondern das Ordnungsverhalten auf Basis bestimmter Diagnosen vergleicht.“

In der Konsequenz heißt das: Wer komplexe Fälle betreut und dies über die entsprechende ICD-Kodierung dokumentiert, kann für diese Patienten nachvollziehbar begründen, warum er bestimmte Arzneimittel verordnet hat. „Dagegen würde dieser Zusammenhang bei einer unterkomplexen Kodierung so erstmal nicht ersichtlich“, erläutert Graf. Bei einer solchermaßen neu gestalteten Wirtschaftlichkeitsprüfung würde also ein präzises Kodieren komplexer Diagnosen vor Regressen schützen.

### Nein zu Betreuungsverträgen

Der Morbi-RSA setzt – neben seiner Intention, keine Patientenselektion zu betreiben und Gelder dem Versorgungsaufwand entsprechend zu verteilen – natürlich den Anreiz, möglichst präzise Kodierungen zu befördern. Um dieses Ziel zu erreichen, verfolgen die Kassen unterschiedliche Ansätze. „Manche bieten Geld für Kodierung und sonst nichts an“, kritisiert HÄVG-Geschäftsführer Weiß, „andere investieren Geld in eine bessere Versorgung und vertreten den Standpunkt ‚Eine bessere Kodierung ist dann bitteschön inklusive‘.“ Das Fazit der Vertragspartner lautet daher auch: In den Haus- und Facharztverträgen überzeugt eine bessere Versorgung, Geld allein für eine bessere Kodierung ist als Trumpf nicht vorgesehen. ■

# HZV-Einschreibung: aktiv angehen

Jürgen Stoschek

**Der Erfolg einer Praxis hängt auch von der Qualifikation und Motivation des Praxisteams ab. Spezialisierte Praxismanagerinnen sorgen gerade in großen Praxen für einen reibungslosen Ablauf und eine strukturierte Ansprache der Patienten.**

Im MVZ Hohenlohe in Forchtenberg ist Ilona Schneider dafür verantwortlich, dass alles rundläuft und bei der Einschreibung ins Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg kein Patient übersehen wird. Um sich als Praxismanagerin bezeichnen zu können, hat sie eine berufsbegleitende Ausbildung mit einem Zertifikat der IHK absolviert.

Seither ist sie zuständig für das nicht-ärztliche Team, das aus etwa 15 Medizinischen Fachangestellten besteht, für die Kontrolle der Abrechnungen sowie dafür, dass die Praxisabläufe gut funktionieren. Wichtig ist ihr auch, dass die Mitarbeiterinnen im Team gegenüber den Patienten „eine positive Haltung ausstrahlen“.

Zu ihren täglichen Aufgaben zählt es auch zu überprüfen, „ob alle erbrachten Leistungen richtig und vollständig abgerechnet sind“, so Schneider. Damit nichts vergessen wird, hängen in allen Behandlungszimmern Merktzettel mit den entsprechenden Abrechnungsziffern für KV und HZV. Und für das Team gibt es selbst erarbeitete Checklisten, was zu tun ist, wenn ein Patient kommt. „Jeder



Praxismanagerin Ilona Schneider (li.) aus Forchtenberg mit ihrer Kollegin Maria Durina (re.)

Pilot hat eine Checkliste, warum sollen die Helferinnen nicht auch Checklisten haben?“

## Teilnahme als Vertrauensbeweis

„Zwei Drittel unserer Patienten sind im Hausarztprogramm eingeschrieben“, berichtet Schneider. Um die Einschreibezahlen zu erhöhen, müsse man das Heft selbst in die Hand nehmen. „Bei uns wird an der Anmeldung praktisch jeder neue Patient angesprochen und über die Vorteile informiert“, erklärt Schneider. Eine kontinuierliche Betreuung – auch mittels Hausbesuchen – sei für viele Patienten das ausschlaggebende Argument.

Formulare und entsprechendes Informationsmaterial liegen griffbereit am Tresen. Etwa 80 Prozent der Patienten schreiben sich sofort ein. Wer es sich noch überlegen will, bekommt einen Vermerk in der elektronischen Patientenakte und wird dann auch vom Arzt angesprochen. „Ich sage den Patienten, dass es nicht nur sinnvoll ist, eine Hausarztpraxis zu haben, in der alle Befunde zentral gesammelt werden, sondern dass es auch ein Vertrauensbeweis ist, wenn

sie sich bei uns einschreiben“, erläutert Dr. med. Constantin Lechner, Facharzt für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Leiter des MVZ.

## Zusätzliche Motivation

Wie wichtig die Einschreibung von Patienten in die HZV ist, sollte auch dem Team klar sein, erläutert Schneider. „40 bis 50 Euro Fallwert bei der KV gegenüber 70 bis 80 Euro in der HZV, das hat auch was mit der Sicherheit des Arbeitsplatzes zu tun“, erinnert sie ihre Kolleginnen immer wieder. „In den Teambesprechungen, die alle vier Wochen stattfinden, setzen wir uns deshalb auch Ziele, welche Marke wir als Nächstes knacken wollen.“ Und für diejenigen, die besonders viele Patienten einschreiben, gibt es als Ausdruck der Wertschätzung auch mal einen Tankgutschein\*. Maria Durina, zuständig für die Anmeldung sowie Fortbildungs- und Notfalldienstbeauftragte, ist eine von denen, die schon so manchen Gutschein in Empfang nehmen konnten. ■

\*Tankgutscheine können als steuerlich begünstigte Sachzuwendung an Mitarbeiter/-innen ausgegeben werden. Dieser Hinweis ersetzt keine steuerliche Beratung.

**80 Prozent**  
der Patienten schreiben sich sofort ein. Wer es sich noch überlegen will, bekommt einen Vermerk in der elektronischen Patientenakte und wird dann auch vom Arzt angesprochen.

# Zwei Jahre PraCMan: schon 10.000 Versicherte profitieren

Ruth Auschra

**Vor zwei Jahren startete das praxisbasierte Case-Management-Programm „PraCMan“ im Rahmen des AOK-Hausarztvertrages in Baden-Württemberg. Erfahrungen aus der Praxis und ein kürzlich veröffentlichter Artikel der begleitenden Versorgungsforschung unterstreichen den Nutzen des innovativen Konzepts für die engmaschige Betreuung multimorbider Patienten.**

Die Implementierung von PraCMan entwickelt sich seit dem Start positiv; die Teilnehmerzahlen wachsen kontinuierlich: Derzeit nehmen bereits 523 Ärzte teil. Beeindruckend stieg auch die Zahl der betreuten PraCMan-Patienten von 1.573 mit Beginn auf jetzt 9.620. „Das Konzept setzt sich in den Praxen immer mehr durch und es hat sich gezeigt, dass eine Vorauswahl von Patienten, die von einem solchen Case-Management profitieren, sinnvoll ist“, so Tanja Rommelfangen, Geschäftsführerin der HÄVG in Baden-Württemberg und verantwortlich für die PraCMan-Aus- und Weiterbildung der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis).

Carmen Gaa, im Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement der AOK Baden-Württemberg für das PraCMan-Konzept verantwortlich, verweist auf die Notwendigkeit der Versorgung einer

zunehmenden Zahl chronisch kranker Patienten bei gleichzeitig rückläufigen Hausarztzahlen. Daraus leiten sich die Hauptziele des Programms ab: einerseits die Verbesserung der Lebensqualität und die Verhinderung von Krankenhauseinweisungen multimorbider Patienten, andererseits die weitere Professionalisierung des nichtärztlichen Personals durch Delegation ärztlicher Leistung an die VERAH und die damit verbundene Arztlastung und schließlich eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen.

„Wir sind froh, dass es in relativ kurzer Zeit gelungen ist, fast 10.000 Patienten in das Programm aufzunehmen. PraCMan ist ein lernendes System. Um die Versorgungsqualität multimorbider Patienten gemeinsam mit den Vertragspartnern weiter zu optimieren, wird PraCMan von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg auch in Zukunft wissenschaftlich begleitet“, betont Carmen Gaa.

## PraCMan im Einsatz: VERAH berichten

Seit Juli 2014 haben Hausärzte und VERAH mit PraCMan viele Erfahrungen gesammelt – durchaus positive, wie sie berichten. Die AOK Baden-Württemberg schlägt den HZV-Ärzten zu Beginn des Quartals geeignete Patienten vor, die an bestimmten chronischen Krankheiten (Herzinsuffizienz, Diabetes Typ II, COPD) leiden und in Folge davon ein hohes Risiko für einen Krankenhausaufenthalt haben. Der Arzt entscheidet final, welche Patienten in das Versorgungskonzept aufgenommen werden. Nicht alle Patienten eignen sich für das Programm. „Meistens handelt es sich dann um Menschen mit einer mittelgradigen Demenz“, erklärt Judith Kastner, eine VERAH mit PraCMan-Zusatzausbildung. In diesen Fällen sei aufgrund mangelnder aktiver Beteiligung durch den Patienten eine Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient zur Vermeidung weiterer Komplikationen nicht möglich. Die PraCMan-Versorgung endet für die Patienten dann, wenn sie ins Pflegeheim kommen oder im Verlauf dieser Betreuung an Demenz erkranken. In der täglichen Funktion als Case-Managerin werden die verantwortlichen VERAH durch datengestützte PraCMan-Feedback-Berichte im Rahmen der MFA-Qualitätszirkel des Hausärzterverbandes unterstützt.

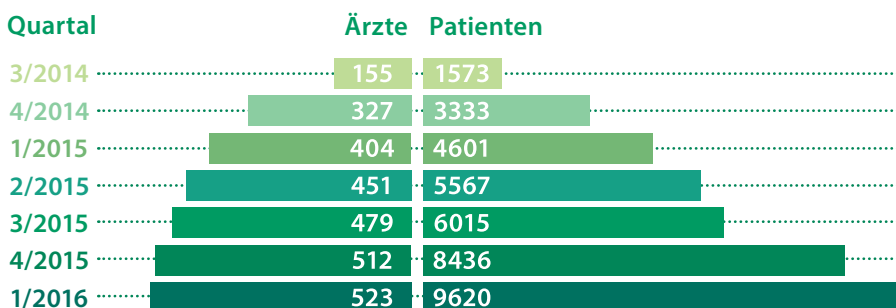
bergh schlägt den HZV-Ärzten zu Beginn des Quartals geeignete Patienten vor, die an bestimmten chronischen Krankheiten (Herzinsuffizienz, Diabetes Typ II, COPD) leiden und in Folge davon ein hohes Risiko für einen Krankenhausaufenthalt haben. Der Arzt entscheidet final, welche Patienten in das Versorgungskonzept aufgenommen werden. Nicht alle Patienten eignen sich für das Programm. „Meistens handelt es sich dann um Menschen mit einer mittelgradigen Demenz“, erklärt Judith Kastner, eine VERAH mit PraCMan-Zusatzausbildung. In diesen Fällen sei aufgrund mangelnder aktiver Beteiligung durch den Patienten eine Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient zur Vermeidung weiterer Komplikationen nicht möglich. Die PraCMan-Versorgung endet für die Patienten dann, wenn sie ins Pflegeheim kommen oder im Verlauf dieser Betreuung an Demenz erkranken. In der täglichen Funktion als Case-Managerin werden die verantwortlichen VERAH durch datengestützte PraCMan-Feedback-Berichte im Rahmen der MFA-Qualitätszirkel des Hausärzterverbandes unterstützt.

## Hilfreiche MFA-Qualitätszirkel

Judith Kastner hat nicht nur die PraCMan-Weiterbildung absolviert, sie ist auch Moderatorin der MFA-Qualitätszirkel. Die Teilnahme gehört einerseits zu den Verpflichtungen, die PraCMan mit sich bringt. Andererseits schätzen die VERAH die Möglichkeit zum Gedankenaustausch. Judith Kastner und viele ihrer Kolleginnen machen das Monitoring nicht nur in der Praxis, oft auch im Rahmen von Hausbesuchen – eine der typischen VERAH-Tätigkeiten bei chronisch kranken Patienten.

Die meisten ihrer Telefonate mit PraCMan-Patienten sind inzwischen Routine.

## PraCMan: Teilnehmerzahlen steigen kontinuierlich an



Quelle: AOK Baden-Württemberg



VERAH im AOK-Hausarztvertrag übernehmen seit 2014 auch das Case-Management bei multimorbiden Patienten. Regelmäßiges Monitoring ermöglicht eine engmaschige Betreuung.

Andererseits erfährt sie von den Patienten manchmal auch ungewöhnliche Informationen, die sonst nicht in der Praxis ankommen würden. Sie erinnert sich zum Beispiel an einen Patienten, der Angst hatte zu erblinden. „Einen medizinischen Anlass für diese Sorge gab es nicht“, berichtet sie und ergänzt: „Es war sehr gut, dass ich das erfahren habe – die Angst konnten wir ihm nehmen.“

Im Rahmen der Qualitätszirkel werden auch Fragen des Praxismanagements

rund um PraCMan diskutiert. Hier gibt es in mancher Praxis noch Optimierungsbedarf. Beispielsweise hat nicht jede VERAH die nötige Ruhe und Zeit zur optimalen Betreuung ihrer PraCMan-Patienten, weil während der Praxisprechzeiten kein Ort zur Verfügung steht, wohin man sich zurückziehen kann.

Auch Christina Jacobs aus Schwetzingen arbeitet als VERAH und berichtet, dass

die neuen Aufgaben im Rahmen des Case-Managements inzwischen alltäglich geworden sind – von den besonders eindrücklichen Verläufen einmal abgesehen. Sie berichtet von einem Patienten, der nach einem schweren Schlaganfall depressiv geworden war. Ihm taten die engmaschige Betreuung und die Realisierung einer Reha-Maßnahme sehr gut. „Er läuft inzwischen besser und ist auch fast aus der Depression draußen“, beschreibt sie.

Das durch die spezielle Software „PraCMan-Cockpit“ strukturierte Monitoring hilft dabei, mehr über die PraCMan-Teilnehmer zu erfahren. Das gilt sogar für Patienten, die sowieso regelmäßig in die Praxis kommen und eigentlich meinen, dass sie nichts Neues zu berichten haben. Manchmal stellt sich dann während des Telefonats doch heraus, dass kürzlich zum Beispiel ein Sturz passiert ist. ■



## Nachgefragt bei ...



Dr. med. Tobias Freund, Facharzt für Allgemeinmedizin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg hat PraCMan mitentwickelt.

Von 2010 bis 2012 wurde im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie mit insgesamt 2.076 Patienten in 115 Hausarztpraxen in ganz Baden-

Württemberg das von der Universitätsklinik Heidelberg entwickelte Hausarztpraxis-basierte Case-Management evaluiert. Die Studie wurde im Auftrag der AOK Baden-Württemberg und des AOK-Bundesverbandes durchgeführt und im Februar 2016 im *Annals of Internal Medicine* veröffentlicht.

### Was sind für Sie die wichtigsten Erkenntnisse aus den bisherigen Daten?

Am wichtigsten finde ich, dass sich die körperliche wie psychische Lebensqualität der Patienten signifikant verbesserte. Das ist ein wichtiges und beeindruckendes Ergebnis, weil man bei multimorbiden Patienten natürlich eher erwarten würde, dass deren Lebensqualität

tendenziell sinkt. Erfreulich auch, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte durch COPD innerhalb der ersten zwölf Monate signifikant um 73 Prozent sank. In einer multivariaten Analyse – das bedeutet, hier wurden mehrere statistische Variablen gemeinsam untersucht – zeigte sich im ersten Interventionsjahr außerdem eine signifikant geringere Sterblichkeit in der Case-Management-Gruppe.

### Verbesserte Lebensqualität: was heißt das konkret?

Die Patienten haben zum Beispiel weniger Verschlechterungen bezogen auf Schmerzen, Bewegung oder Depressivität.

# Motivationale Beratung dient der Heilung

Susanne Wetterich



Orthopädievertrag: mehr Zeit für die sprechende Medizin

**Seit 2015 gibt es auch im Facharztprogramm Orthopädie Qualitätszirkel. In diesem Jahr befasst sich der strukturierte Erfahrungsaustausch erstmalig mit einem nicht medikamentösen Thema: der motivationalen Beratung von Patienten.**

Ziel dieser neu entwickelten Methode ist, die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs sowie die Selbstfürsorge des Patienten weiter zu steigern. Zusammen mit Professor Marcus Schiltenswolf von der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg und dem AQUA Institut wurde hierzu ein Leitfaden entwickelt, der den neuesten Wissensstand berücksichtigt. Das Manual „Motivationale

Beratung in der orthopädischen Praxis“ dient als theoretische Gesprächsgrundlage für die Orthopäden.

## **Eigenverantwortung der Patienten stärken**

„In unserem Fachgebiet sind ausführliche Aufklärung zu biologisch-medizinischen Zusammenhängen sowie Beratung und Anleitung zu dauerhaften gesundheitsförderlichen Veränderungen eingeschliffrer Gewohnheiten elementar für eine gute Versorgung“, sagt Dr. med. Burkhard Lembeck, MEDI-Sprecher und Sprecher des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Baden-Württemberg. Der Patient müsse früh eingebunden werden bei der Festlegung der Therapieziele und

umfassend dazu beraten werden, was er selbst dazu beitragen kann, um diese Ziele zu erreichen. Er soll daher zunächst verstehen, wie Knochen, Muskeln und Gelenke funktionieren, welche Vorgänge im Körper zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates führen und wie diese behandelt werden können. Das baut Ängste und Unsicherheiten ab und verbessert die Zusammenarbeit von Arzt und Patient. Zudem erhöht es auch Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge des Patienten. Erst in diesem Kontext entstehe beim Patienten die Motivation, Veränderungen aktiv anzugehen. Voraussetzung dafür ist es, genügend Zeit für ein profundes Gespräch mit dem jeweiligen Patienten zu haben. Daran fehle es aber in der Regelversorgung am meisten. „Diese Zeit entsprechend vergütet zu bekommen, ist das wichtigste innovative Element und das Alleinstellungsmerkmal des Facharztprogramms“, so Lembeck.

## **Biopsychosoziale Unterweisung**

Neueste Erfahrungen belegen, dass sich mit biopsychosozialer Unterweisung insbesondere bei Patienten mit hartnäckigen Schmerzen große Erfolge erzielen lassen. Darauf zielt die motivationale Beratung ab: „Der Arzt sollte auf der einen Seite Belastungen ermitteln, denen der Patient ausgesetzt ist, beispielsweise Stress am Arbeitsplatz. Gemeinsam gilt es zu erörtern, wie der Patient Druck herausnehmen und wo er gegebenenfalls Unterstützung bekommen kann. Des Weiteren geht es darum, die Patienten auch über Anatomie und die Zusammenhänge zwischen Bewegung, Ernährung, Lebensstil und Schmerzen aufzuklären“, so PD Dr. med. Sabine Knapstein von der AOK Baden-Württemberg. „Dies ist ein wirksames Instrument insbesondere bei Rückenschmerzen oder Arthrose. Es

geht darum, den Patienten dafür zu gewinnen, dass er selber mitarbeiten muss: Hat der Patient beispielsweise Schmerzen im Kniegelenk, muss er wissen, wie das Kniegelenk funktioniert und wie Bewegung da hilft.“

### Qualitätszirkel vermitteln neuesten Wissensstand

In den Qualitätszirkeln werden die Ärzte geschult, wie sie ein solches Gespräch erfolgreich führen können: „Gegenstand der Qualitätszirkel ist der gemeinsame Erfahrungsaustausch und die Vermittlung von Techniken der biopsychosozialen Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient – in der verbalen wie der nonverbalen Kommunikation“, so Dr. Lembeck, der auch Moderator eines Qualitätszirkels ist. „So spielen wir Beispiele durch, wie ein Arzt auf eine Patientenäußerung reagiert und welche Wirkungen das beim Gesprächspartner hervorruft.“ Ein erfolgreiches Gespräch, das den Patienten zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung motiviert, setze voraus, dass der Arzt gut zuhört und das, was der Patient ihm sagt, analysieren und deuten kann. In Rollenspielen werden daher Gesprächssituationen simuliert und geübt, wie man auf jemanden eingehen kann und wie mit Widerstand umzugehen ist.

„Das gute Arztgespräch hat Einfluss auf die Behandlungsqualität insgesamt“, betont Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, stellvertretender Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. „Gerade in der Behandlung von Schmerzen bringen Medikamente zwar eine kurzfristige Linderung, in vielen Fällen aber keine nachhaltige Verbesserung, weil sie nicht an den Ursachen der Schmerzen ansetzen.“ Der Arzt solle daher nicht nur Medikamente verordnen, sondern den Patienten richtig beraten. „Im Facharztvertrag stellen wir das Element der Beratung in den Fokus. Es geht nicht nur um Medikamente und Kosten, sondern um die Beziehung zwischen Arzt und Patient im eigentlichen Sinne. Damit betreten wir Neuland: Nicht nur Diagnose und Rezeptbuch, sondern eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung bildet den zentralen Kern der Behandlung.“ Ein solches Vorgehen bedürfe allerdings „eines langsameren Takts“, sprich, ein solches Gespräch erfordere mehr Zeit, so Ruebsam-Simon. „Diese Zeit hat der Orthopäde im Facharztvertrag zur Verfügung. Der Facharztvertrag bedeutet die Abkehr vom ‚Schnell-Schnell‘.“

### Individueller Versorgungsplan

Von den im Facharztprogramm orthopädisch behandelten Versicherten geben

ungefähr 50 Prozent „Rückenschmerzen“ als Grund für ihren Arztbesuch an. Bei zirka 85 Prozent dieser Patienten liegt die Ursache in einem ungünstigen Lebensstil mit mangelnder Bewegung und falscher Ernährung. Deshalb ist im Orthopädievertrag auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans ausdrücklich vorgesehen. Und der Arzt kann die entsprechenden krankheitsspezifischen Gesundheitsangebote direkt verordnen (siehe Info-Kasten).

Hervorzuheben ist das AOK-Rücken-Konzept, das wissenschaftlich validiert ist und eine umfassende Auswahl an therapiebegleitenden Maßnahmen beinhaltet. „Einen Präventionsberater der AOK oder den Patientenbegleiter der Bosch BKK einschalten zu können, ist eine tolle Sache“, berichtet Dr. Lembeck. „Als Arzt habe ich nicht die Übersicht, welche Bewegungsangebote es jeweils vor Ort gibt. Das Facharztprogramm Orthopädie macht es möglich, dass sich qualifizierte Ernährungs- und Sportfachkräfte darum kümmern. Sie bekommen von mir die Diagnose und eine allgemeine Empfehlung. Entsprechend suchen sie die individuell passenden Angebote heraus. Außerdem begleiten sie die Patienten. So etwas können wir aus der Praxis heraus gar nicht leisten.“ ■

## Zusammenspiel Orthopäde und AOK-Präventionsberater

Der Facharzt übergibt mithilfe des grünen Rezepts eine qualifizierte Diagnose, Empfehlungen aus der Liste der Gesundheitsangebote und weitere Informationen, beispielsweise wann und in welchem Umfang er Rückmeldungen zu den durchgeführten Maßnahmen wünscht. Der Patient wiederum legt zur besseren Orientierung die umfangreichen „Beratungsempfehlungen im Or-

thopädievertrag“ vor, die er nach dem Arzt-Patienten-Gespräch erhalten hat.

Das Angebot im Bereich Rücken umfasst unter anderem das AOK-Rücken-Konzept, Rückentrainingskurse, Functional Fitness, Gymnastik, Nordic Walking, Gewichtsreduktion, Pilates, Yoga, Entspannungsübungen, Autogenes Training, Krafttraining und Anti-Stress-Programme.

# You'll never walk alone ...

## Patientenbegleitung der Bosch BKK

Ruth Auschra

**Wieso brauchen Patienten Begleitung? Ist das etwa ein Schritt zurück zum unmündigen Patienten, der an die Hand genommen werden muss? Nein, denn hier geht es in Wirklichkeit um eine Optimierung der Versorgung.**

Sabine Vöhringer ist eine aktive, starke und engagierte Frau. Sie ist da, wenn andere Menschen Hilfe brauchen. So war es auch, als ihre Eltern und Schwiegereltern nicht mehr alleine zurechtkamen. Menschlich vorbildlich und unbedingt sympathisch, aber diese Einstellung hatte für sie auch schmerzhaft Konsequenzen. Neben Rückenschmerzen befürchtete sie, die Grenzen ihrer Belastbarkeit zu erreichen.

„Zufällig“ kam sie mit einer Patientenbegleiterin ins Gespräch, als sie eigentlich nur eine Beratung zur Pflegeversicherung brauchte. Sie machte einen Termin aus, thematisierte im Rahmen einer Präventionsberatung zur Abwechslung mal ihre eigenen Probleme und beschloss tatsächlich, in Zukunft besser für sich zu sorgen. Konkrete Resultate waren ein Trainingsprogramm gegen Rückenschmerzen und – Monate später – ein Kurs „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“. Wobei nicht die Kurse selbst die Besonderheit sind; solche Kurse werden auch von anderen Krankenversicherungen bezuschusst. Ungewöhnlich ist, dass bei der Bosch BKK nicht abgewartet wird, bis Versicherte von sich aus nach Angeboten zur Prävention fragen.






Auf Menschen zugehen, fragen, informieren, motivieren – das gehört zu den Kernkompetenzen von Christine Müller. Seit 2006 ist die Sozialpädagogin Patientenbegleiterin bei der Bosch BKK. Ihre Arbeit funktioniert wegen der Einbettung in die regionalen Netzwerke

vor Ort. Die Patientenbegleiterin kennt Haus- und Fachärzte, Physio- und Psychotherapeuten, den werksärztlichen Dienst bei Bosch, den Sozialdienst im Krankenhaus und das Orthopädiefachgeschäft um die Ecke.

Als eine Konkurrenz zum Arzt sieht sie sich nicht. „Wir können und wollen nicht medizinisch tätig sein“, stellt sie klar. Natürlich ist es der Arzt, der eine folgenschwere Diagnose vermittelt, wer sonst? Aber danach, bei der Planung der nächsten Schritte, kann sie den Arzt unterstützen und entlasten. Oder präventiv tätig werden. Immer vorausgesetzt

niemand gesagt“, berichtet die Patientenbegleiterin. Wissenslücken führen aber dazu, dass nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Also informiert sie zum Beispiel über die Pflegeversicherung, über Prävention oder über Rentenfragen. „Manchmal komme ich mir regelrecht wie eine Dolmetscherin vor“, erklärt sie. Komplizierte Hinweise von Ärzten kann sie ebenso „übersetzen“ wie sozialrechtliche Entscheidungen. Sie sieht sich dabei als Anwältin der Patienten. „Obwohl meine Arbeit natürlich auch die Tätigkeit der Ärzte und die Interessen der Krankenkasse unterstützt“, fasst sie zusammen.

### Typische Themen

-  Leben Kinder im Haushalt, die während eines stationären Aufenthaltes versorgt werden müssen?
-  Ist eher eine ambulante oder stationäre Rehabilitation sinnvoll?
-  Verursacht die Arbeitsunfähigkeit finanzielle Probleme?
-  Gibt es berufliche Probleme, die zusätzliche Sorgen bereiten?
-  Kann eine psychotherapeutische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung helfen?

natürlich, dass Arzt und Patient dies überhaupt wünschen.

Probleme rund um die häusliche Pflege von Angehörigen sind ein ganz großes Thema für Christine Müller. Sie weiß, dass die ganze Familie geschockt ist, wenn ein Angehöriger unerwartet einen Schlaganfall erleidet oder eine Krebsdiagnose erhält. Eine schlechte Grundlage, um mit kühlem Kopf die notwendigen Entscheidungen zu treffen! Informationsdefizite kommen in der Regel hinzu. „Ich höre immer wieder: ‚das hat mir

### Arzt und Motivator

Dr. med. Uwe Ochs arbeitet gerne mit den Patientenbegleitern der Bosch BKK zusammen. Der Pfullinger Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie lobt die vertraglich vereinbarten strukturierten und interdisziplinär vernetzten Handlungsabläufe. Um Patienten wie Sabine Vöhringer den Rücken zu stärken, ist nun mal nicht nur ein Fitnessstudio nötig. Im Idealfall ziehen Hausarzt, Facharzt, Therapeuten oder Sportlehrer und Patientenbegleiter an



Dr. med. Uwe Ochs unterhält sich in seiner Pfullinger Praxis mit der Patientin Sabine Vöhringer (l.) und Christine Müller, Patientengeleitern der Bosch BKK

einem Strang. Beispielsweise wird dann im FPZ-Rückenzentrum ein individuell zusammengestelltes gerätegestütztes Rückentraining angeboten; ärztliche Verordnung, Eingangsanalyse und Dokumentation der Therapiefortschritte gehören ebenso zum Standard wie die Information des Arztes.

„Neue Studienergebnisse besagen, dass 84 Prozent aller Erwachsenen mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen haben“, erklärt Ochs und ergänzt: „In ganz vielen Fällen ist völlig klar, dass der Patient einfach mehr Bewe-

gung braucht.“ Der Orthopäde aus Pfullingen kennt aber auch die Realität. Wenn der Patient mit den muskulären Dysbalancen nicht genug Antrieb hat, um sich runter vom Sofa und rein in die Sportschuhe zu bewegen, dann wird er ein paar Wochen später wieder schmerzgeplagt in der Praxis stehen. Ein unschöner Drehtüreffekt mit unnötig langer Arbeitsunfähigkeit und einem Leben unterhalb der Wohlfühlgrenze! Ochs schätzt die Patientengeleiter deshalb auch als Motivationsprofil, die seine Arbeit unterstützen.

Auch aus Sicht der Bosch BKK können die Patientenbegleiter für psychosoziale und emotionale Entlastung sorgen, was sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt und so auch Kosten einspart.

Die Einzelfallberatung soll für Empowerment und Partizipation sorgen, sie soll dabei unterstützen, Ziele abzuklären und zu priorisieren. „Die Patientengeleitung hilft, Schnittstellen zu überbrücken, den Patienten als Ganzes im Blick zu behalten und optimal zu versorgen“, erklärt Dr. Gertrud Prinzing den Ansatz der Krankenversicherung. Die Vorstandin der Bosch BKK erinnert auch daran, dass bei diesem Konzept nicht einfach ein Bauchgefühl umgesetzt wird: „Eine Evaluation hat gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit erhöht, das Gesundheitsverhalten der Versicherten gefördert und Ärzte entlastet werden konnten.“

Eine Win-Win-Situation also? Es scheint tatsächlich so zu sein. ■



## Nachgefragt bei ...



Dr. med. Michael Friederich ist MEDI-Sprecher und hausärztlich tätiger Internist aus Markgröningen

### Welchen Nutzen haben die Patientengeleiter der Bosch BKK für Sie?

Ich nehme das Angebot gerne an, weil es mich und mein Team sinnvoll entlastet. Gerade bei nichtmedizinischen

Aufgaben, etwa bei der Organisation von Hilfsmitteln. Sehr nützlich ist auch die Unterstützung bei Klinikbesuchen oder Entlassungen, beispielsweise bei der Vermittlung von Reha-Leistungen.

### An welche Patienten denken Sie dabei?

Typisch sind Ältere und Alleinstehende, die eine Fraktur erlitten haben. Oder Patienten mit zerebraler Insuffizienz. In diesen Fällen ist es wichtig einzuschätzen, was der Patient tatsächlich noch machen kann. Bei einer Wohnungsbegehung wird dann zum Beispiel sturzgefährdeten Patienten bei der „Entschärfung von Stolperfallen“ wie Teppichen oder Stufen geholfen.

### Welches Feedback bekommen Sie von Ihren Patienten?

Ein durchweg positives, weil sie das Gefühl haben, dass sich jemand um sie kümmert. Die Patientengeleiter sind nett und erfahrene motivierte Mitarbeiter. Das spüren die Patienten und oft berichten sie uns total begeistert von ihren Erfahrungen.

### Info

Wie sich die Patientengeleiter mit Haus-, Fach- und Werkärzten vernetzen, zeigt folgender Film, der zwei Patientengeleiterinnen bei ihrer täglichen Arbeit begleitet: [www.bosch-bkk.de/patientengeleitung](http://www.bosch-bkk.de/patientengeleitung)

# Auf den Punkt gebracht



**Fünf Fragen an Dr. Christopher Hermann,  
Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.**

*Die 8-Jahres-Bilanz der Wissenschaftler zur HZV untermauert eindeutig deren Vorteile. Wie lautet Ihr persönliches Fazit?*

Bessere Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit – das sind zwei Seiten einer Medaille. Für unsere Selektivverträge in Baden-Württemberg ist wissenschaftlich bewiesen, dass sie die Versorgung verbessern und auf der finanziellen Seite effizient sind.

*Was muss sich ändern, damit diese Überzeugung auch außerhalb Baden-Württembergs verstärkt Gehör findet?*

Zuallererst das Bewusstsein aller Akteure: Die Mehrheit sieht in den Selektivverträgen lediglich eine Art Labor. Versuche werden gestartet und dann oft zugunsten der KV abgewickelt. Es geht aber um alternative Regelversorgung.

*Welches Thema steht bei den Partnern in Baden-Württemberg noch ganz oben auf der Agenda?*

Zentral ist die elektronische Vernetzung der Praxen. Wir arbeiten gemeinsam mit Nachdruck an einer tragfähigen Lösung, die am Ende diskriminierungsfreie IT-Infrastrukturen sicherstellt.

*Und die sektorenübergreifende Versorgung – eine langjährige Forderung des Sachverständigenrates?*

Zu Recht – auch wir wollen nicht bei der ambulanten Vollversorgung stehen bleiben. Einerseits sind bessere gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Andererseits sind Bedarfsstrukturen und Qualität innerhalb der stationären Versorgung teilweise in Schieflage. Das zu richten, ist vorrangig.

*Wo steht die HZV 2018 zu ihrem zehnjährigen Jubiläum?*

Gemeinsam mit den ärztlichen Vertragspartnern werden wir die alternative Regelversorgung und den Qualitätsvorsprung zum Wohle unserer Versicherten weiter konsequent ausgebaut haben. Ich freue mich schon darauf. ●

## Impressum Ausgabe 01/2016

### 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:

[www.darmcheck2016.de](http://www.darmcheck2016.de) (Seite 4) | Fjodor Zarmutek (Karikatur Seite 5)  
Thinkstock (Seite 9, 14) | MEDI (Seite 9) | HÄVG (Seite 9) | Michael Fuchs (Seite 10)  
Stoschek (Seite 11) | fotolia (Seite 13) | privat (Seite 13, 17)  
Thomas Schlegel (Seite 17) | AOK Baden-Württemberg (Seite 18)

Weiterführende und aktuelle Informationen  
zu den Hausarzt- und Facharztverträgen  
in Baden-Württemberg finden Sie unter

[www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)  
[www.aok-gesundheitspartner.de/bw](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw)  
[www.bosch-bkk.de](http://www.bosch-bkk.de)  
[www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de)  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)