

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg / Patientenbegleitung der Bosch BKK

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1 Hintergrund..... | 2 |
| 1.1 Biopsychosoziale Versorgung | 2 |
| 1.2 Unspezifischer Rückenschmerz | 2 |
| 1.3 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises | 3 |
| 1.4 Interdisziplinäres Zusammenwirken | 3 |
| 2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK | 4 |
| 3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK..... | 5 |
| 4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen..... | 5 |
| 5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK | 7 |
| 5.1 Versorgungsplanung | 7 |
| 5.2 Einzelfallberatung | 8 |
| 5.3 Case Management | 8 |
| 6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren..... | 9 |
| 6.1 Strukturierte Zuweisung..... | 10 |
| 6.2 Dokumenteneinsatz..... | 12 |
| 7 Rechtsgrundlagen | 13 |
| 7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V | 13 |
| 7.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V | 13 |
| 7.3 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V | 13 |
| 8 Information für die Facharztpraxis | 15 |

1 Hintergrund

1.1 Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingstudien ließen sich viele Wechselwirkungen ableiten zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren.

Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

1.2 Unspezifischer Rückenschmerz

Bei unspezifischen Schmerzstörungen, wie dem unspezifischen Rückenschmerz, werden häufig labor- und bildgebende Verfahren veranlasst und therapeutisch Analgetika, Antiphlogistika, Injektionen, physikalische Anwendungen und Krankengymnastik im Wechsel oder parallel nebeneinander eingesetzt⁴.

Unrealistische Behandlungserwartungen, vorschnelle Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und langandauernde Einnahme von Schmerzmedikamenten täuschen über die Verursachung von Fehlhaltungen hinweg und mindern ggf. die erforderliche Selbstreflexion zum Alltagsverhalten oder zu Alltagsbelastungen. Diese Mechanismen tragen zur Chronifizierung bei. Insbesondere soziokulturelle Unterschiede spielen bei der Häufigkeit des Auftretens unspezifischer Rückenschmerzen aufgrund der Unkenntnis über das Bewegungsverhalten im Alltag, Anatomie und dem Wechselspiel von Bandscheiben, Muskulatur und Knochen des zentralen Organs und der Wirbelsäule eine Rolle.

Bei Rückenschmerzpatienten begünstigen zudem u. a. folgende Risikofaktoren die Chronifizierung⁵:

- ängstliches Vermeidungsverhalten
- Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung
- depressive Stimmungsstörung
- Katastrophisierungsgedanken im Hinblick auf die Erkrankung
- unrealistische und bzw. oder passive Behandlungserwartungen

¹ von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.

² Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.

³ Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544.

⁴ Schauder, P., Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G., (2006). Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

⁵ Schiltenswolf, M.; Henningsen, P. (2006). Muskuloskeletale Schmerzen. Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialem Konzept. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

- geringe Arbeitszufriedenheit.

Neben biologischen Einflussfaktoren wie z. B. langes Sitzen mit Kompression der Bandscheiben können bei unspezifischen Rückenschmerzen auch psychosoziale Verhaltensmechanismen wie oben angedeutet eine Rolle spielen. Anhaltende psychosoziale Belastungen im privaten wie im beruflichen Umfeld gelten als gesicherte Prädiktoren für die mögliche Chronifizierung von Schmerzen⁵.

Demnach ist bei schmerzhaften, ggf. auch bei drohenden chronifizierenden Beschwerdebildern, die Aufklärung und Beratung des Arztes eine zentrale Aufgabe, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, weitere oder erneute Komplikationen frühzeitig zu erkennen und möglichst zu vermeiden bzw. vorzubeugen.

Biologische und psychosoziale Faktoren sind daher multifaktoriell vom Arzt zu bedenken, zu erheben und anzusprechen, um das Verhalten und Erleben des Patienten kennenzulernen und einschätzen zu können. Medikamentöse oder gar operative Behandlungen bei Chronifizierung sind in der Regel kurzgreifend und werden dem komplexen Wechselspiel wenig gerecht.

1.3 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Das biopsychosoziale Bedingungsgefüge wird insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen beansprucht:

- In der internistischen Rheumatologie handelt es sich um entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
- Die klinischen Diagnosen umfassen damit eine Reihe von Organmanifestationen wie auch Komorbiditäten mit komplexen Folgen für die biopsychosoziale Versorgung und Beratung.
- Die sog. extraartikulären Organmanifestationen (wie z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Augen, Gefäße) erfordern ein multidisziplinäres Versorgungsmanagement auch zu möglichem Funktionsverlust und Fehlstellungen der Gelenke, zu den Therapieneben- und Wechselwirkungen z. B. bei Cortison und Diabetes, Magen- und Darmblutungen durch Schmerzmittel (sog. NSAR nichtsteroidale Antirheumatika).
- Die Diagnosen gehen daher häufig mit massiven Belastungen im psychischen und sozialen Bereich einher und können bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste auslösen. Daher soll den Patienten und Angehörigen frühzeitig eine psychosoziale Beratung angeboten werden.
- Erkennen von potentiellen psychosozialen Belastungen durch Information, Aufklärung und ganzheitliche Betreuung.

1.4 Interdisziplinäres Zusammenwirken

Der FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie stellt den Behandlungsschwerpunkt des therapeutischen und diagnostischen Gesprächs in den Vordergrund. Zudem wurde im FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie für Versicherte mit unspezifischen

Rückenschmerzen bzw. mit entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises und entsprechend vorliegenden Kontextfaktoren die Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg (SD⁶) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG⁷) über den HAUSARZT festgeschrieben (siehe [Anlage 12](#) und Anlage 12a FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie, sowie Anhang 5.1 / 5.1a und 5.4 zu Anlage 17 HZV-Vertrag).

Das interdisziplinäre Zusammenwirken zielt in erster Linie auf nachhaltige Verhaltensänderungen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Schmerzlinderung.

2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD) arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium), mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung in Psychoonkologie.

Die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) besteht aus Pflegefachkräften, Sozialarbeitern (Hochschulstudium) und Sozialversicherungsfachkräften mit Zusatzqualifikation in Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Burnoutberatung und Präventionsberatung.

Hauptauftrag des SD / der PBG ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Versicherten herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD / durch die PBG sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

⁶ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt

⁷ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit PBG abgekürzt

3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD bzw. mit der PBG und der Hausarzt- / Facharztpraxis soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation des einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Der Arzt erhält von dem SD / von der PBG Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass der Versicherte im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit dem Arzt erreicht der SD / die PBG frühzeitig potentielle Risikopatienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD / durch die PBG liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Hausarzt- und Facharztpraxis **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung**. Der SD / die PBG hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patienten an, bei welchen **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Seelische Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)

Vertrag vom 22.07.2013 i. d. F. vom 01.01.2018

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Problem mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei z. B. multimorbiden Versicherten durch den SD / die PBG kann – in Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel- / Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher / sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation / Nachsorge.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁸.

Die Facharztpraxis kann zudem den SD / die PBG als kompetente Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD / die PBG unterstützt die Facharztpraxis mit oder ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Hierbei steht der gemeinsame Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsauftrag des Versicherten durch den SD / die PBG ergeben.

⁸ §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100ff SGB X i.V.m. §203 StGB

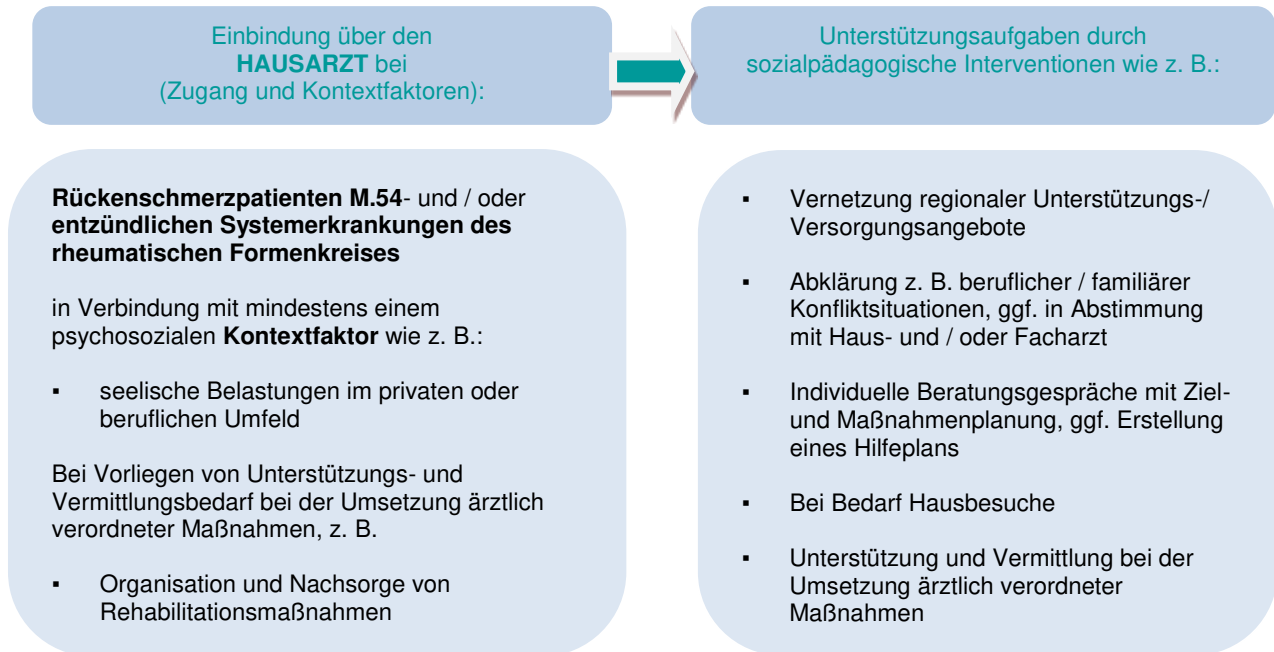


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD / zur PBG

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft des Patienten nach motivationaler Beratung durch den FACHARZT, und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- Versicherte, bei welchen neben der Diagnose M54.- und / oder entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt:
Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- HAUSARZT als Lotse und Koordinator: Zugang zum SD / PBG über den HAUSARZT

5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Der SD / die PBG ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD / die PBG erstellen im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen

Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaluation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- medizinische Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD / die PBG erkennen im Rahmen der Einzelfallberatung psychische und soziale Belastungen und Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine tragfähige Problemlösung⁹. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst¹⁰.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein.

5.3 Case Management

Der SD / die PBG erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD / die PBG situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess¹¹:

⁹ Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

¹⁰ Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5. , überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

¹¹ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

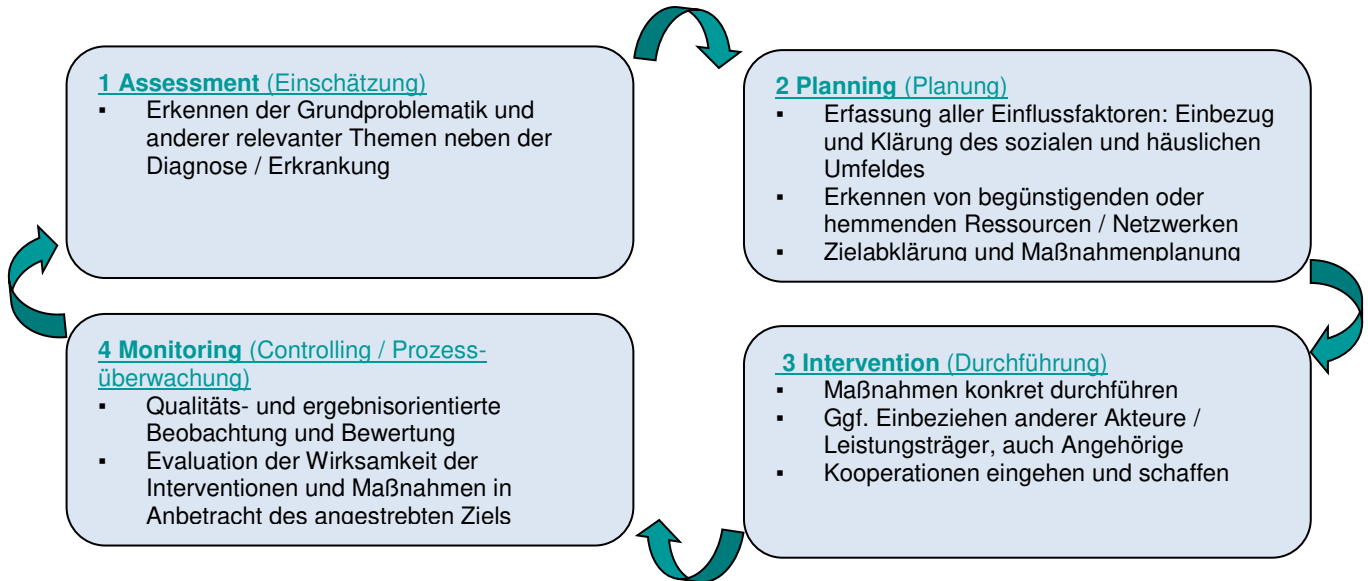


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD / in der PBG im Überblick

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD / die PBG durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionale Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD / die PBG im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnern**:

- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Ggf. Arbeitgeber (mit Einverständnis des Versicherten)
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD / PBG und HAUSARZT (vgl. Kapitel 6.1). Dadurch wird die Rolle des HAUSARZTES als Lotse und Koordinatorin der interdisziplinären Versorgung deutlich:

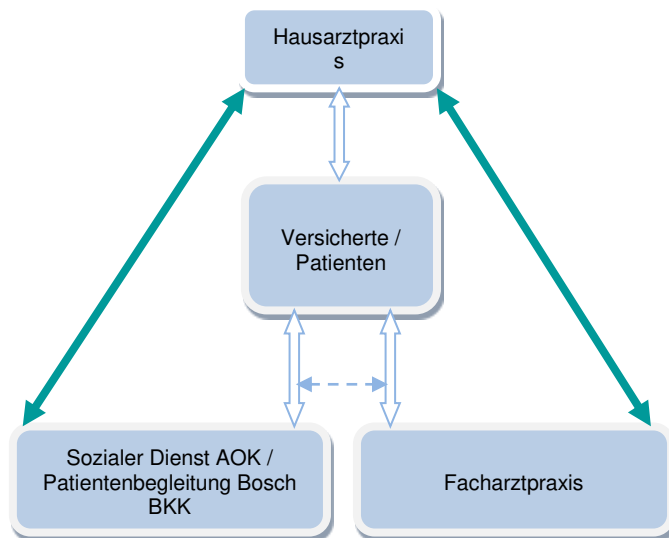


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD / die PBG werden zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch den behandelnden HAUSARZT informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹²:

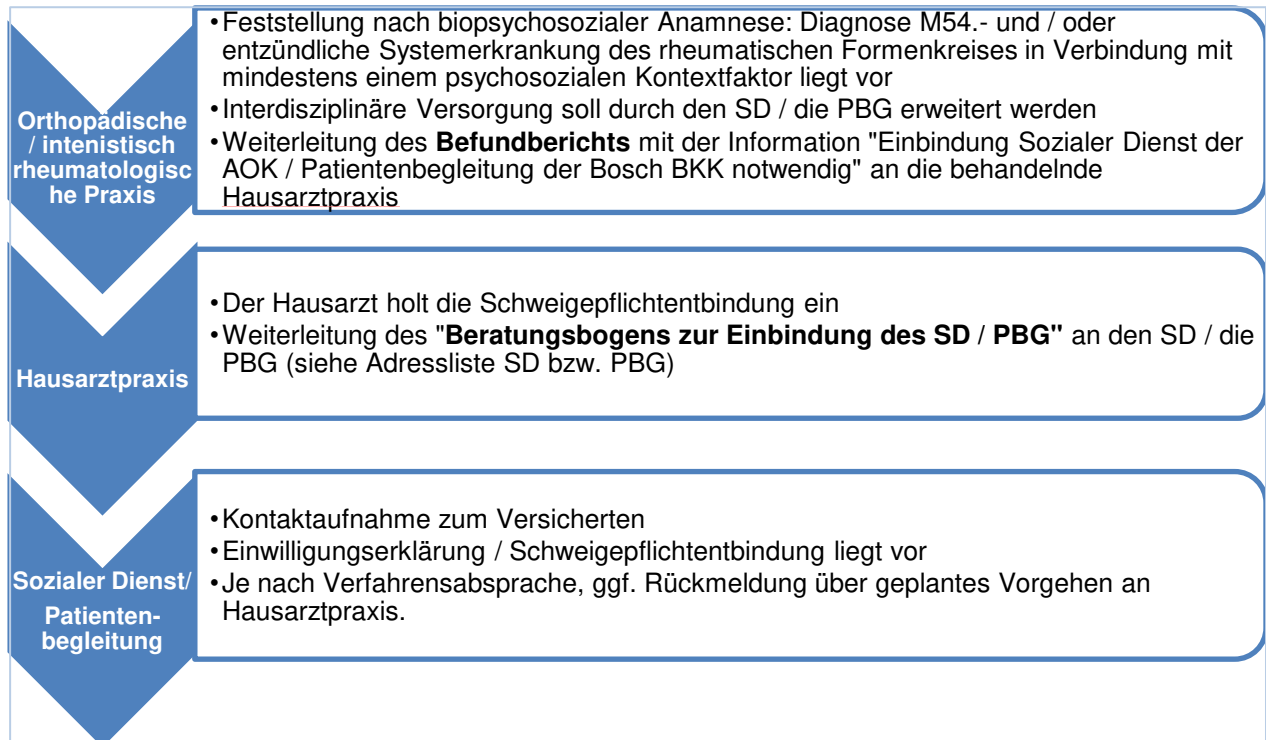


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD / zur PBG soll über die Hausarztpraxis erfolgen. Die Hausarztpraxis soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein.

Auch der SD / die PBG können im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit der Diagnose M54.- und / oder bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen weitere FACHÄRZTE (z. B. PNP-Praxis) über den gewählten HAUSARZT einbinden.

Hintergrundinformation für die Facharztpraxis:

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD / der PBG verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Der HAUSARZT holt im Vorfeld der Einbindung das Einverständnis zur Kooperation des Versicherten ein. Der SD / die PBG stehen unter besonderer Schweigepflicht, sodass ein Austausch zwischen ihnen und HAUSARZT nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung des Versicherten erfolgen kann.

Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens des Versicherten vor, gibt der SD / die PBG eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“ entsprechend angekreuzt ist.

¹² Im strukturierte Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

6.2 Dokumenteneinsatz

Der FACHARZT informiert i. d. R. den HAUSARZT mittels Befundbericht über seine Empfehlung zur Einbindung des SD / der PBG (vgl. Kapitel 4 und 6.1).

Der **„Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“** (AOK: HZV-Anlage 17, Anhang 5.4; Bosch BKK: HzV-Anlage 14, Anhang 5) gilt als Auftragsformular und wird von der Hausarztpraxis entsprechend der AOK HZV-Anlage 17, Anhang 5.4 an den SD bzw. entsprechend der Bosch BKK HZV-Anlage 14, Anhang 5 an die PBG übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der **„Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis – Beratungsservice des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“**. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD / der PBG sowie einer Übersicht möglicher psychosozialer Kontextfaktoren und steht der Facharzt-/ Hausarztpraxis als Übersicht zur Verfügung (s. Kapitel 8).

7 Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß § 11 Absatz 4 SGB V Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge in verschiedene Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg und für die Bosch BKK der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V

„Der Abschluss von Verträgen nach § 73c SGB V war bis Juli 2015 möglich. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Die bereits geschlossenen 73c-Verträge gelten aber fort.“¹³

In seinen Grundzügen regelte § 73c SGB V, dass die Krankenkassen ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen im fachärztlichen ambulanten Versorgungsbereich anbieten können. Gegenstand der Verträge stellen Versorgungsaufträge dar, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Dies beinhaltet demnach im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung auch eine Versorgungscoordination und Vernetzung in weitere Versorgungsmaßnahmen.¹⁴

In den Verträgen¹⁵ nach § 73c SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

7.3 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen basiert § 140a SGB V auf sektorenübergreifende Versorgungsformen für eine optimiertere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren. In den Verträgen nach § 140a SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen sowie die Vergütung näher geregelt.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzen die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK zusätzlich im Bereich u. a. der onkologischen Leistungen auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die

¹³ Vgl. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09731.html

¹⁴ Vgl. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73c.html>

¹⁵ Orthopädie-Facharztvertrag und weitere Informationen unter [MEDIVERBUND der Zusammenschluss von Ärztenetzen - Orthopädie](#)

Vertrag vom 22.07.2013 i. d. F. vom 01.01.2018

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD und der PBG genutzt.

8 Information für die Facharztpraxis

Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis



Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell

Information für die Hausarzt- / Facharzt - und Psychotherapiepraxis


BOSCH
BKK

Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich erfahrene Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Berufsqualifikationen mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise Burnoutberatung, Präventionsberatung und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur/Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch die PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl. MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlage_n.417.0.html). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
- Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

**Psychosozial – Ressourcenorientiert –
Individuell**