

# Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

## ausführliche Hintergrundinformationen

### Zielgruppe Erwachsene

## Inhalt

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Biopsychosoziale Versorgung .....                                    | 2  |
| 2.     | Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK .....           | 3  |
| 3.     | Ziele im Sozialen Dienst der AOK .....                               | 3  |
| 4.     | Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen .....                          | 4  |
| 5.     | Methoden des Sozialen Dienstes der AOK .....                         | 6  |
| 5.1    | Versorgungsplanung .....   | 6  |
| 5.2    | Einzelfallberatung .....   | 6  |
| 5.3    | Case Management .....  | 7  |
| 5.4    | Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung .....                   | 7  |
| 6.     | Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten .....         | 8  |
| 6.1    | Strukturierte Zuweisung .....  | 10 |
| 6.2.   | Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung .....                   | 11 |
| 6.3    | Dokumenteneinsatz .....  | 14 |
| 7.     | Rechtsgrundlagen .....   | 15 |
| 7.1    | Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V .....                           | 15 |
| 7.1.1. | Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V .....                 | 15 |
| 7.1.2. | Besondere Versorgung nach § 140a SGB V bzw. § 73c SGB V (a.F.) ..... | 15 |
| 7.1.3. | Pflegeberatung nach §7a SGB XI .....                                 | 16 |
| 7.2.   | Weitere rechtliche Grundlagen .....                                  | 16 |

## 1. Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie<sup>1</sup> beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell<sup>2,3</sup>.

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 organopathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingsstudien ließen sich viele Wechselwirkungen zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren ableiten. Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Bei Patientinnen und Patienten mit schwer verlaufenden, nicht-spezifischen, funktionellen somatoformen Körperbeschwerden führen äußere Belastungsfaktoren oftmals zu einer Verschlimmerung der Beschwerden<sup>4</sup>. Im Sinne des biopsychosozialen Modells gilt es diese Faktoren zu eruieren und eine interdisziplinäre Versorgung anzuregen. Demnach steht als evidenzbasierte Begründungsgrundlage dafür, dass die ergänzende (psycho-) soziale, zeitlich begrenzte Begleitung durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg (SD) einer Verbesserung der ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten beiträgt.

Auf dieser Grundlage wird in komplexen Versorgungssituationen eine interdisziplinäre Kooperation angestrebt, in der der SD unterstützend zur medizinisch ambulanten Versorgung tätig ist. Grundlage für die Kooperation und Interaktion ist das oben beschriebene biopsychosoziale Modell, welches an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) angelehnt ist. Mit der ICF werden die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst. Zu beachten sind dabei auch die Auswirkungen der Erkrankung auf die komplexe Lebenssituation der Betroffenen. Funktionale Probleme sind z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen

- Mobilität
- Kommunikation
- Selbstversorgung im häuslichen Leben
- Interaktion mit Anderen
- Erwerbsleben.

Ergeben sich bei einer oder mehreren Komponenten der Funktionsfähigkeit aus diesen Bereichen Einschränkungen oder Probleme, kann der SD ergänzend beraten und unterstützen.

---

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 Vgl. ebd., S. 103ff.

## 2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

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

Hauptauftrag des SD ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation gemeinsam mit den 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 sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg umgesetzt werden.

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

Der/dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Versorgungsgestaltung in einer für ihn oft unübersichtlichen und intransparenten Landschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund.

## 3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK

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

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

Die **Hausarztpraxis** erhält vom SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten mit z. B. Langzeiterkrankungen, psychischen Erkrankungen, arbeitsplatzbedingten Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit etc. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die/der Versicherte im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit der **Hausarztpraxis** erreicht der SD frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/ -patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen zur weiteren Stabilisierung in die Wege leiten.

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 **psychosoziale 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)
- 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 Versicherten mit einer spezifischen Diagnose und mit mindestens einem der o.g. Kontextfaktoren durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteurinnen und Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Anamnese, diskursive Auftragsklärung und Schließung eines partizipativen Arbeitsbündnisses (Situationsanalyse)
- 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
- Unterstützung beim Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die in [Kapitel 7](#) aufgezeigten gesetzlichen Rechtsgrundlagen<sup>5</sup>.

Die **Haus-/Facharztpraxis** kann zudem den SD als kompetenten Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD unterstützt die **Haus-/Facharztpraxis** mit und ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für die/den Versicherten durch den SD ergeben.

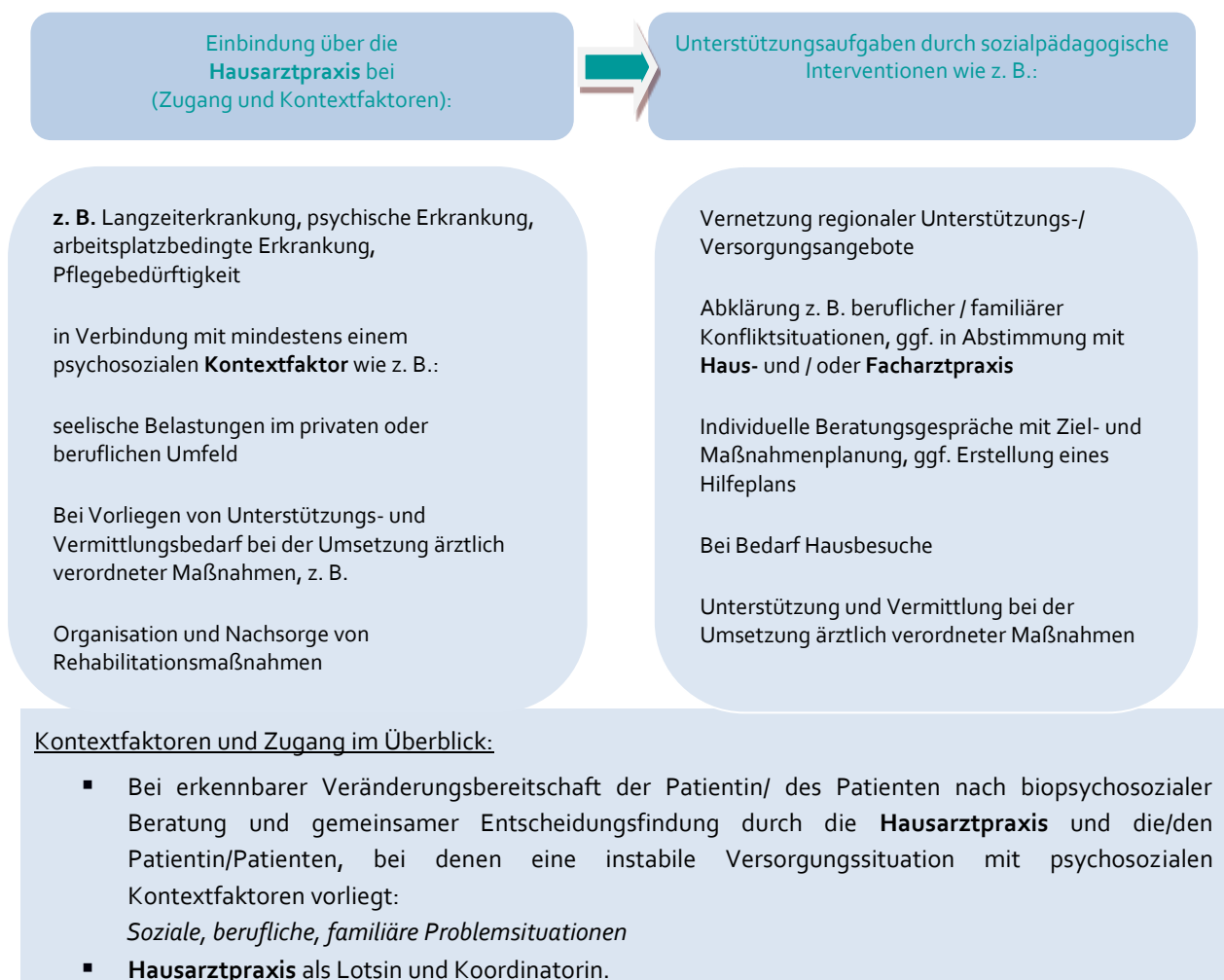


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

5 §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

## 5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK

Der SD 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 erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit der/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 **defizit-** als auch **ressourcenorientiert** näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushälterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- sozialmedizinische und psychosoziale Versorgung.

### 5.2 Einzelfallberatung

Der SD erkennt im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringt diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigt 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 Problemlösung<sup>6</sup>. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst<sup>7</sup>.

#### Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

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

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

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

## 5.3 Case Management

Der SD erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD ggf. 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 Prozess<sup>8</sup>:

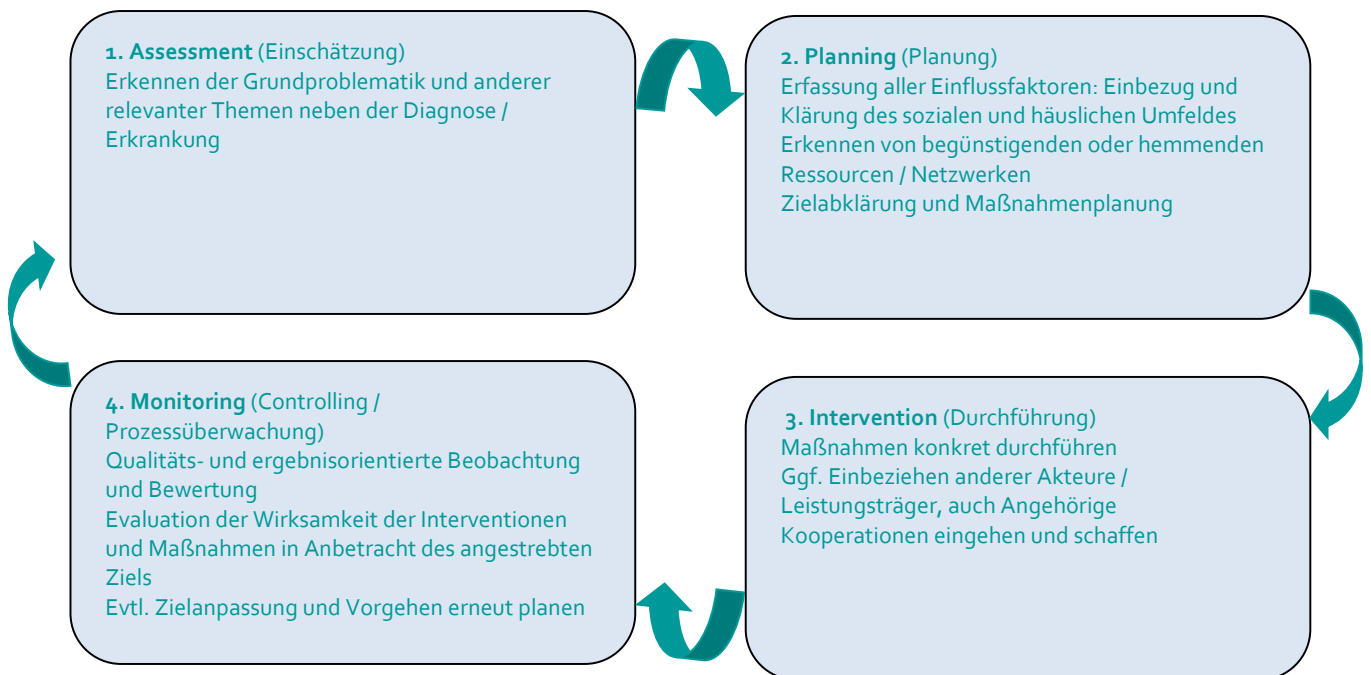


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

## 5.4 Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation bzw. „Interprofessionalität“ bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.<sup>9</sup> Im Gesundheitswesen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinischem Fachpersonal, Pflegekräften und Sozialer Arbeit (hier durch den SD) statt. Durch einen gezielten Austausch wird die Qualität der einzelnen Kontakte zu den Patientinnen/Patienten gesteigert und Unter-/Über- und Fehlversorgung vermieden.

Die Komplexität der individuellen Unterstützungsbedarfe erfordert neben fundierten Fachkenntnissen auch eine umfangreiche Vernetzung mit einschlägigen Dienstleistenden der örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD bewegt sich mit seinem Auftrag innerhalb aller

<sup>8</sup> Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

<sup>9</sup> BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2018: Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin/Heidelberg, S. 282.

Netzwerkebenen. Netzwerkarbeit geht über die Form der Kooperation, die in der Regel auf bilaterale Beziehungen beschränkt ist, hinaus und dient der Erzeugung positiver individueller Lösungen sowie einer stabilen Gesamtversorgungssituation im Einzelfall. Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD nach strukturierter Analyse der Bedarfe durch Hinzunahme von regionalen Netzwerken komplexe Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnerinnen/-partnern**:

- Haus- und Facharztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- 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 Beteiligten

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der **Hausarztpraxis** sollen das übergeordnete Rahmen- und Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der/des einzelnen Patientin/Patienten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden. Die **Hausarztpraxis** erhält von dem regional zuständigen SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von chronisch erkrankten und/oder multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Compliance, sodass die Patientin/ der Patienten im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt.

Der SD und die **Hausarztpraxis** sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führen dazu, dass frühzeitig Kontakt zu Versicherten mit Unterstützungsbedarf aufgenommen wird und Versicherte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Auf dieser Grundlage soll die Versorgung der Patientinnen/Patienten gemeinsam ganzheitlich gestaltet werden.

Weitere Kooperationsziele sind

- frühzeitig potenzielle „Risikopatientinnen/-patienten“ erreichen
- frühzeitig Hilfen initiieren
- frühzeitig potenzielle, weitere Hürden aufdecken
- frühzeitig Ressourcen mobilisieren/wiederherstellen.



Der Beratungsservice des SD umfasst im Einzelfall auch die Unterstützung der **Hausarztpraxis** (sogenanntes „Unterstützungsmanagement“). Die Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes sind fachkompetente Ansprechpartner/innen für die Vertragspraxen bei Patientinnen/Patienten mit komplexen Krankheitsaspekten in Verbindung mit psychosozialen Aspekten, wenn zur Gestaltung einer effizienten Versorgung eine Zusammenarbeit des SD mit der **Hausarztpraxis** erforderlich ist. Diese flankierenden Maßnahmen dienen der Sicherung des (medizinischen) Case Managements.

Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation und Kommunikation werden konkrete Verfahrensabsprachen getroffen. Die Absprachen sollen schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Namentliche Benennung einer festen Ansprechpartnerin/ eines festen Ansprechpartners des SD für die Praxis
- Namentliche Benennung einer festen Ansprechpartnerin/ eines festen Ansprechpartners der Hausarzt- / Facharztpraxis für den SD
- Konkrete Bestimmung des Verfahrens zur Kommunikation und Rückmeldungen (Telefon, schriftlich, persönlich etc.).

Sowohl der SD als auch die Arztpraxis sollen nach diesem Vertrag jeweils auf Anfrage miteinander zusammenarbeiten.

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD und der gesamten **Hausarztpraxis**. Der regionale SD stellt sich zu Beginn einer Kooperation in der **Hausarztpraxis** vor. Die/Der Ärztin/Arzt bzw. VERAH/MFA können den SD über den Wunsch zur Unterstützung per Formular oder per Telefon informieren. (vgl. 6.1). Die/Der VERAH/MFA soll befähigt werden, im Versichertenkontakt Kontextfaktoren zu identifizieren, die eine Einbindung des SD erforderlich machen.

Die Patientin/ Der Patient steht mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt und wird von allen Beteiligten in der Stabilisierung seiner gesundheitlichen Lage unterstützt. Die **Hausarztpraxis** fungiert in der Rolle als Lotsin und Koordinatorin in der interdisziplinären Versorgung und bezieht bei Notwendigkeit weitere medizinische Interventionen Facharztpraxen ein bzw. wird von diesen eingebunden:

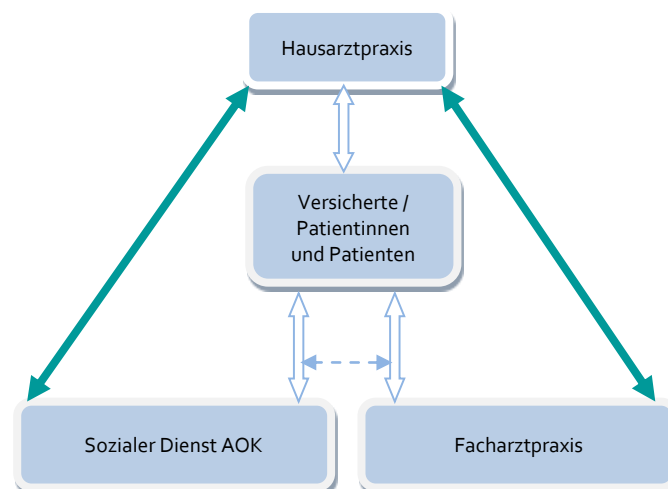


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

## 6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen (Anhang 1 zu Anlage 19) über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die Hausarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen<sup>10</sup>:

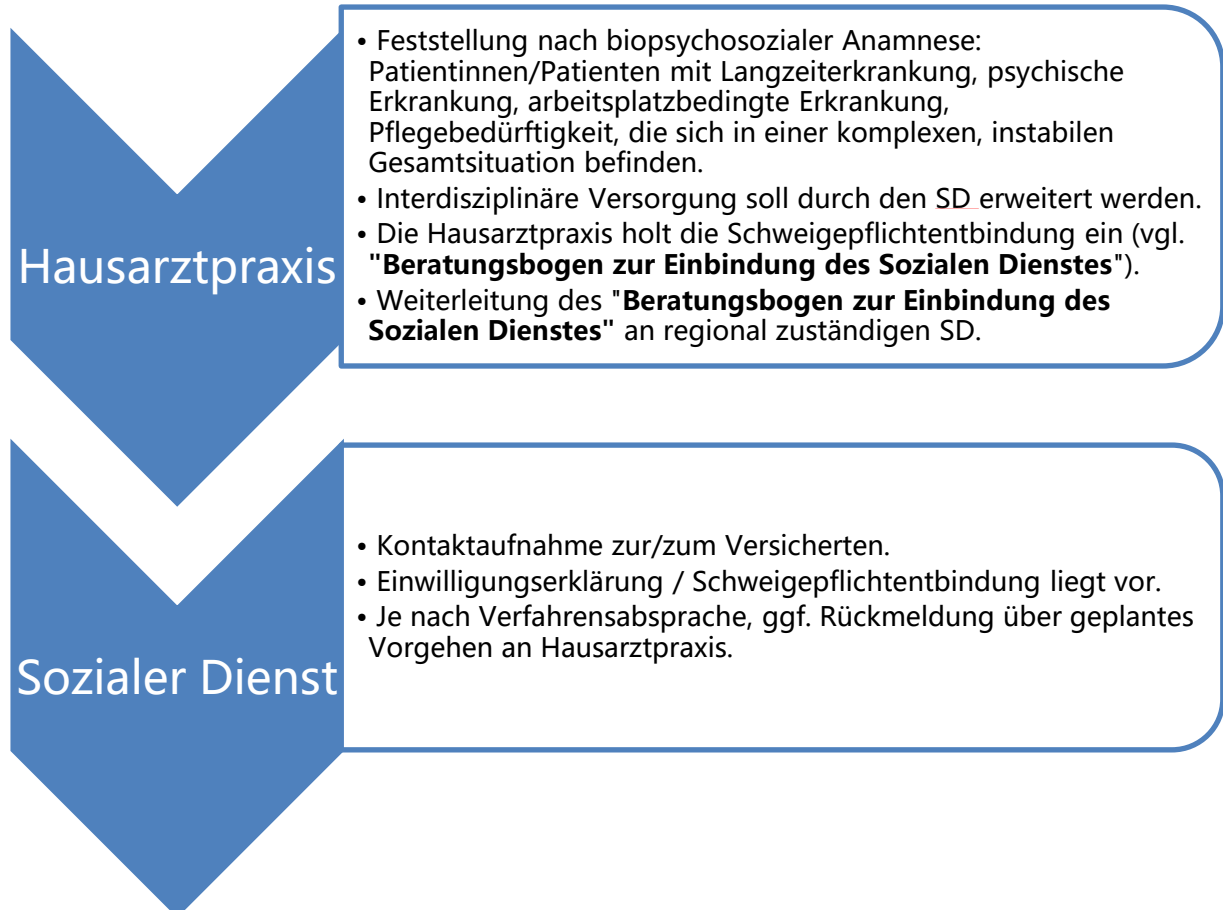


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

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

Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der **Hausarztpraxis** als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

<sup>10</sup> Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

## 6.2. Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung

Die interdisziplinäre Kooperation zwischen **Hausarztpraxis** und dem SD beinhaltet unter anderem auch Schnittstellen zu den Facharztverträgen Orthopädie/Rheumatologie, Urologie und Nephrologie. Um eine ganzheitliche medizinische Versorgung für die Patientin/ den Patienten sicherzustellen, erfolgt in der Regel ein Austausch zwischen Haus-/ und Facharztpraxis.

### Orthopädie/Rheumatologie

Der Facharztvertrag „Orthopädie / Rheumatologie“ stellt den Behandlungsschwerpunkt des anamnestischen und therapeutischen 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** ist die Einbindung des SD über die Hausarztpraxis möglich. Das interdisziplinäre Zusammenwirken zielt in erster Linie auf nachhaltige Verhaltensänderungen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Schmerzlinderung.

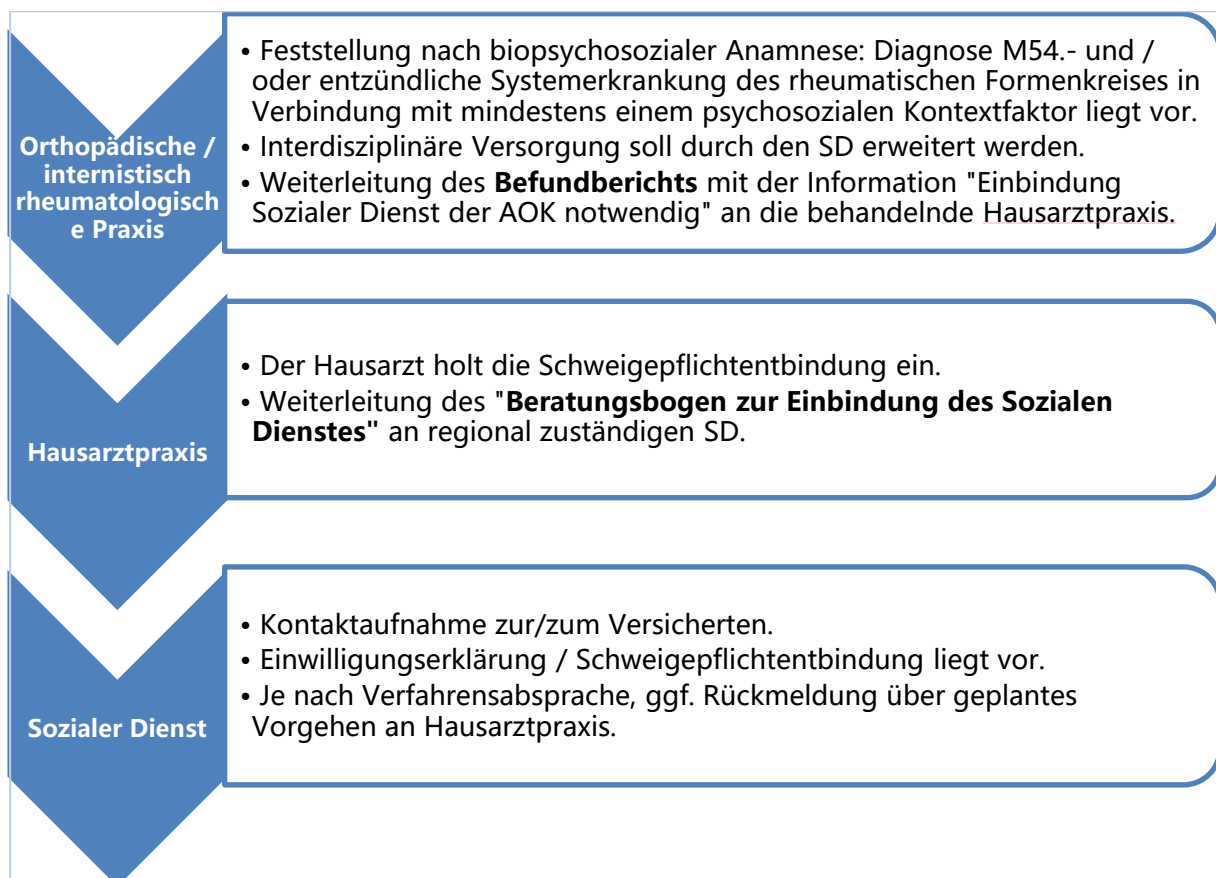


Abb. 5: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Orthopädie/Rheumatologie“

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die **Hausarztpraxis** erfolgen. **Die Hausarztpraxis** soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit der Diagnose M54.- und / oder bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und

insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

Die orthopädische/rheumatologische Facharztpraxis kann die Notwendigkeit einer Fallkonferenz feststellen. Diese besteht aus mindestens zwei Personen. Die Haus- und Facharztpraxis sind in jedem Fall beteiligt, der SD kann hinzugezogen werden. Auch kann der SD Fallkonferenzen über die behandelnde **Hausarztpraxis** gemäß den getroffenen Verfahrensabsprachen initiieren. Zielgruppe von Fallkonferenzen sind<sup>11</sup>:

- Patientinnen/Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen
- Schmerzen sollten über 12 Wochen oder Arbeitsunfähigkeit ab 4 Wochen bestehen
- neben der spezifischen M-Diagnose ist zusätzlich ein ICD Code F45.40 F45.41 oder F62.80 Voraussetzung.

Die Leistungsinhalte von Fallkonferenzen regelt Anlage 17 Anhang 5.1 des HZV-Vertrages. Die Organisation von Fallkonferenzen bedarf einer engen Absprache zwischen den Beteiligten. Nur in besonderen Fällen kann die Facharztpraxis Orthopädie/Rheumatologie den SD zur Fallkonferenz direkt einschalten, indem er den „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ an den SD sendet. Diese Fälle stellen eine Ausnahme der Regelkommunikation (über die Hausarztpraxis, aufgrund der Lotsen-Funktion) dar.

## Urologie

Bei urologischen Erkrankungen wird das biopsychosoziale Bedingungsgefüge insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen wie z. B. Karzinomen beansprucht, jedoch auch bei potentiell gutartigen Tumorverläufen, die nicht immer klar vorhersehbar sind. Krebsdiagnosen gehen häufig mit massiven psychischen und sozialen Belastungen einher. Sie lösen häufig bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste aus.

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die **Hausarztpraxis** erfolgen. Die **Hausarztpraxis** soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit z. B. onkologischen Erkrankungen, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

---

<sup>11</sup> Anhang 5.1. zu Anlage 17 HZV-Vertrag, Anlage 12 Facharztvertrag Orthopädie/Rheumatologie.

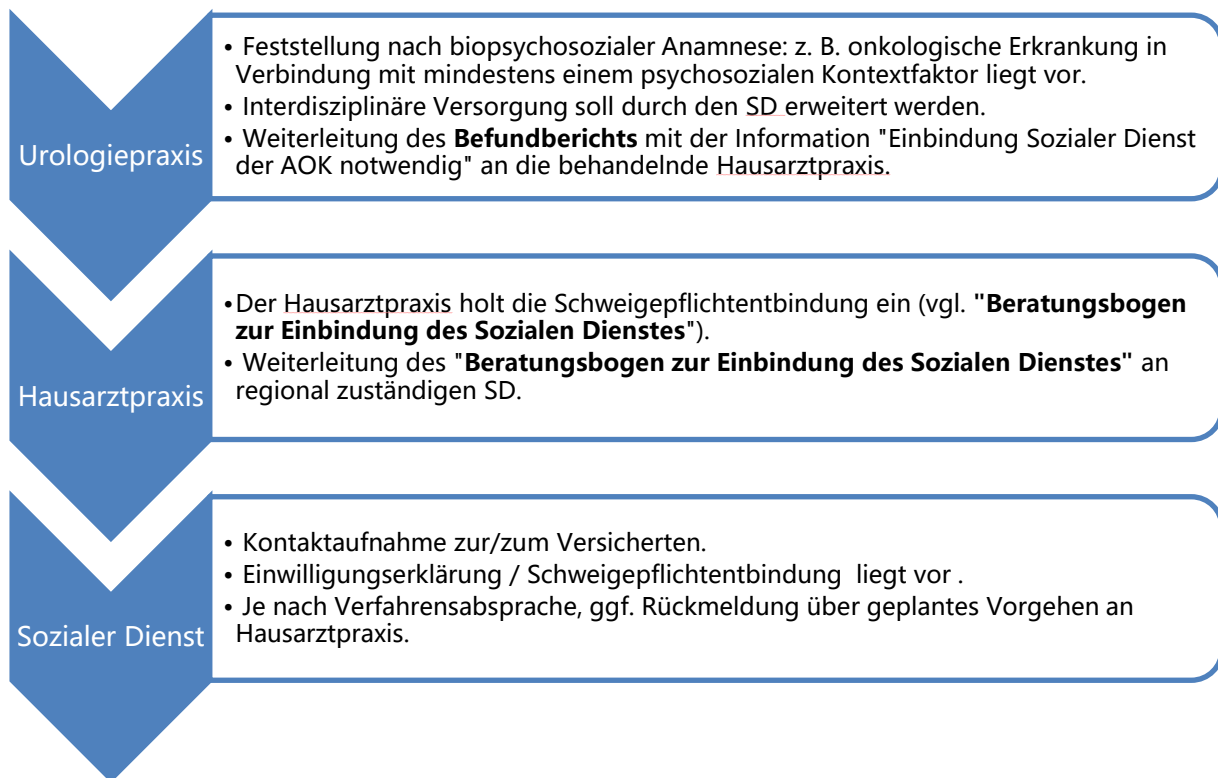


Abb. 6: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Urologie“

## Nephrologie

Schwerwiegende nephrologische Erkrankungen gehen häufig mit komplexen Versorgungssituationen einher und können bei Betroffenen Überforderung und Hilflosigkeit auslösen.

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die Hausarztpraxis erfolgen bzw. sollte die **Hausarztpraxis** in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Die **Hausarztpraxis** fungiert als Lotsin/Koordinatorin. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit z. B. onkologischen Erkrankungen, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

Der SD kann bei instabilen Versorgungssituation bei Nierenersatztherapie (während einer Berufstätigkeit), onkologischen Erkrankung oder drohender/bestehender Pflegebedürftigkeit eine Beratung durchführen. Ausschlaggebend ist hierfür die erkennbare Veränderungsbereitschaft der Patientin/ des Patienten. In einer gemeinsamen Auftragsklärung mit den Beteiligten kann der SD die psychosozialen Kontextfaktoren (soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen) bearbeiten.

Bei Patientinnen/Patienten im präterminalen und terminalen Stadium der Niereninsuffizienz kann im Rahmen des biopsychosozialen Versorgungskonzepts ggf. auch der SD über die nephrologische

Facharztpraxis einbezogen werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Haus- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

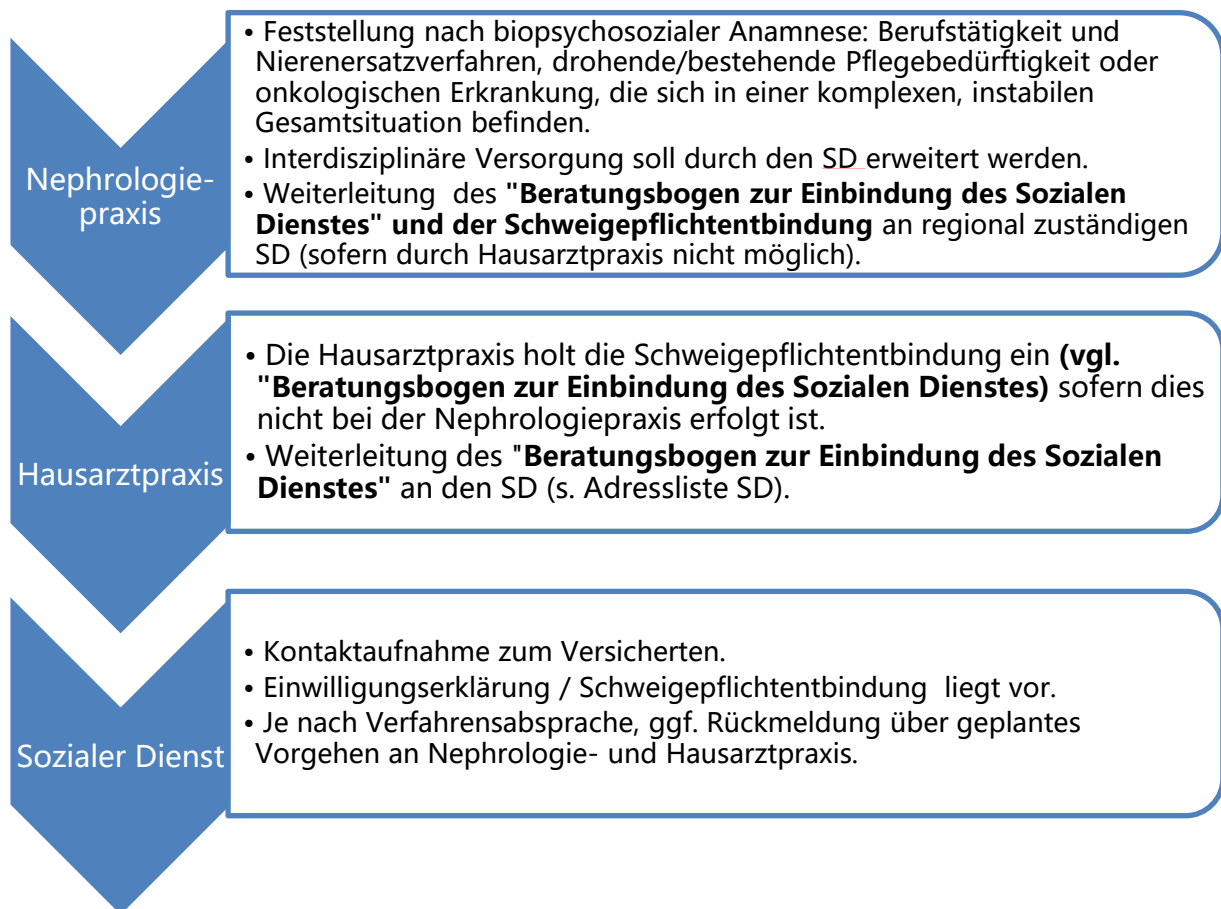


Abb. 7: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Nephrologie“

### 6.3 Dokumenteneinsatz

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ gilt als Auftragsformular und wird i.d.R. von der **Hausarztpraxis** an den SD 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 SD steht unter besonderer Schweigepflicht, so dass ein Austausch zwischen ihm und der **Hausarztpraxis** nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten erfolgen kann. Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten vor, gibt der SD nach Rücksprache mit ihr/ihm über die Inhalte eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die **Hausarztpraxis**, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Die **Hausarztpraxis** hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden. Zur weiteren Ziel- und Maßnahmenplanung kann eine Rücksprache zwischen **Hausarztpraxis** und SD erfolgen, um die angestrebten Schritte im

Rahmen eines Case Managements zu besprechen und somit zielgerichtet und ohne lange Zeitverzögerungen beraten zu können.

## 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 zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

#### 7.1.1. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

In seinen Grundzügen regelt [§ 73b SGB V](#), dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben. Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

- Teilnahme der Hausärztinnen und Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatoren gestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

In Folge des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen sehen sich Hausarztpraxen steigenden Anforderungen gegenüber. Ziel ist es, mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Auch durch die Kooperation mit dem SD können diese Ziele erreicht werden.

#### 7.1.2. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V bzw. § 73c SGB V (a.F.)

In seinen Grundzügen zielt [§ 140a SGB V](#) auf besondere Versorgungsformen auf der Basis einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und/oder Sektoren. In den Verträgen nach [§ 140a SGB V](#)

[bzw. § 73c SGB V \(a. F.\)](#) werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt. Dies gilt insbesondere für die Verträge des AOK-FacharztProgramms. Deren vorrangiges Ziel ist die Überwindung von Versorgungsbrüchen auf der Grundlage einer systematischen Verzahnung und engmaschigen Zusammenarbeit, in der die Hausarztpraxis die Lotsenfunktion übernimmt. Insbesondere hinsichtlich der Koordinierung der Versorgung kann die Kompetenz des SD umfassend und konsequent genutzt werden.

### **7.1.3. Pflegeberatung nach §7a SGB XI**

Die Pflegeberatung nach [§ 7a SGB XI](#) hat unter anderem durch den demografischen Wandel auch Relevanz für die hausarztzentrierte Versorgung. Unterstützungsbedarfe und Versorgungsprobleme werden häufig von den Hausarztpraxen identifiziert. In der Beratung durch den SD werden Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarfe analysiert und gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen individuelle Maßnahmen eingeleitet. Durch die Beratung und Koordinierung passgenauer Hilfen für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen nachhaltige Strukturentwicklungen gefördert werden, um pflegebedürftigen Menschen den Verbleib im bisherigen Wohn- und Lebensumfeld zu ermöglichen und damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Der engen Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen ist deshalb eine zentrale Bedeutung zuzuschreiben.

## **7.2. Weitere rechtliche Grundlagen**

Die AOK Baden-Württemberg hat als Krankenkasse allgemeine Auskunfts- und Beratungsansprüche gemäß [§ 14 Abs. 1](#) und [§ 15 SGB I](#) gegenüber der/den Versicherten zu erfüllen. Zudem hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gemäß [§ 1 Satz 1 SGB V](#) die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Beratungsleistung des SD zielt auf die genannten Ansprüche und ist deshalb im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge bei komplexen Versorgungssituationen durch die behandelnden Praxen einzubeziehen, damit die Gesamtsituation der Patientinnen/Patienten verbessert und stabilisiert werden kann.

Zudem ist der SD eine Satzungsleistung der AOK Baden-Württemberg<sup>12</sup>, woraus ein Anspruch auf Beratung und Hilfestellung für die Hilfestellung für Versicherte mit komplexen Hilfebedarfen besteht. Die Tätigkeit des SD ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Der SD nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ für weitergehende sozialmedizinische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe wahr.

---

<sup>12</sup> Satzung der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 01.01.2020) und Satzung der Pflegekasse bei der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 01.11.2020).