



Versorgungssteuerung in der HZV

(Regelungen in Baden-Württemberg, entsprechend **Anlage 14** des Vertrags)

Wie wird der Vertrag finanziert?

Beitrag der Versorgungssteuerung zur Refinanzierung des Vertrags

Die Vereinbarungen, die das Vergütungssystem betreffen, lassen pro eingeschriebenen Patienten höhere Vergütungen als in der Regelversorgung erwarten. Zur Refinanzierung dieser zusätzlichen Ausgaben müssen auf Ärzte- und Krankenkassenseite gemeinsame, besondere Anstrengungen unternommen werden. Dies soll durch eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Beteiligten des Gesundheitswesens geschehen, die die in Anlage 14 genannten Intentionen verfolgt. Ziel ist dabei eine qualitativ verbesserte Gesundheitsversorgung, die gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven erschließt, von denen die Beteiligten im Endeffekt profitieren (Patienten, Ärzte, Krankenkassen). Im Fokus steht dabei die Fallsteuerung von gemeinsam ausgesuchten Zielgruppen (siehe Anhang 4 zu Anlage 14) als Einstieg in eine neue Form der Zusammenarbeit und modellhafter Beiträge von Ärzten und Betriebskrankenkassen zu einer effektiven, regionalen Patientenversorgung.

Ziele der Versorgungssteuerung

Eine optimale Versorgung der an der HZV teilnehmenden Versicherten ist gemeinsames Ziel der Vertragspartner. Dieses Ziel ist nur mit einer effizienten Versorgungssteuerung erreichbar, die z.B. zu einer Reduzierung von Krankheitstagen und Krankenhauseinweisungen führt, in der Hilfsmittel fachlich orientiert und unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen eingesetzt werden, und in der Hausarzt und Krankenkassen in einer neuen Kommunikationsstruktur innerhalb leitlinienorientierter Behandlungspfade enger zusammenarbeiten als bisher.

▪ Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit (Anhang 1)

Wann liegt eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor?

Laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss liegt eine AU vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der AU ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben.

Wie unterstützt die Hausarzt-Software die richtlinienkonforme Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeits(AU)-Bescheinigung?

Beim erstmaligen Ausstellen einer AU-Bescheinigung erscheint auf dem Bildschirm eine Eingabemaske, in der Eintragungen zu Umfang und Anforderungen der aktuellen Tätigkeit vorgenommen werden. Diese Informationen werden bei den Versichertendaten im Praxis-PC gespeichert und können für jede zukünftige AU-Schreibung herangezogen werden.

Ein Jahr nach dem letzten Eintrag fordert die Software vor einer erneuten Krankschreibung automatisch zu einer Prüfung und erforderlichenfalls Aktualisierung dieser Informationen auf, weil die aktuelle Tätigkeit für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit maßgeblich ist.

Wie wird die Kommunikation zwischen Hausarzt und Krankenkasse bei längerer Krankschreibung optimiert?

Schon bei der ersten Krankschreibung kann der Hausarzt die Krankenkasse einschalten, wenn er der Überzeugung ist, dass von dort z.B. Rehabilitationsmaßnahmen oder ein gesundheitsfördernder Arbeitsplatzwechsel unterstützt werden kann.

Alle an der HZV teilnehmenden Betriebskrankenkassen haben sich auf ein einheitliches Formular für die Arztanfrage geeinigt, welches in der Software hinterlegt ist, am Bildschirm ausgefüllt und einfach in der Karteikarte gespeichert werden kann. Dieses Formular trägt nicht nur dazu bei, dass weniger Nachfragen in der Arztpraxis eingehen. Die Angaben des Hausarztes erleichtern es dem Fallmanagement der BKK außerdem, gezielte Angebote für den Versicherten zu machen, damit er schneller seine Arbeitsfähigkeit wieder erlangt.

Zur Erleichterung der Kommunikation werden auf dem Formular nicht nur automatisch die notwendigen Versichertenangaben eingetragen, sondern auch die Kontaktdaten der zuständigen BKK.

▪ Urin- und Blutzuckerselbstmessung des Versicherten (Anhang 2)

Wer erhält Teststreifen für den Urin- bzw. Blutzucker?

Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit diesen Teststreifen, soweit sie nicht nach den Arzneimittelrichtlinien von der Versorgung ausgeschlossen sind.

Selbstverständlich gelten auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung die Regelungen der Richtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand bedeutet dies zugleich, dass auf die Verordnung solcher Teststreifen verzichtet wird, wenn daraus keine therapeutische Konsequenz resultiert.

Von wem erhält der Versicherte seine Teststreifen?

Der Gesetzgeber verlangt, dass die Versorgung der Versicherten durch Vertragspartner der Krankenkasse erfolgen soll. Deshalb haben sich Hausärzte und Betriebskrankenkassen geeinigt, dass der Hausarzt den Versicherten auf diese Regelung hinweist. Die BKK informiert den Patienten über Möglichkeiten für eine qualitativ ebenso gute wie wirtschaftliche Versorgung mit Blutzuckermessgerät und entsprechenden Teststreifen.

▪ Hilfsmittelmanagement (Anhang 3)

Was sind die Ziele beim Hilfsmittelmanagement innerhalb der HZV?

- Verordnungen entsprechen den Hilfsmittel-Richtlinien und sollen nicht vom Leistungserbringer beeinflusst werden;
- kasseneigene Hilfsmittel kommen vermehrt zum Wiedereinsatz;
- Versicherte werden schneller versorgt und brauchen sich selbst weniger zu kümmern;
- in bestimmten Fällen kann die Verordnung durch die Fallmanager der BKK als Hinweis auf weiteren Unterstützungsbedarf zugunsten des Versicherten genutzt werden.

Was ist bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten?

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen seit 2010 die Versicherten nur noch durch Vertragspartner ihrer Krankenkasse versorgt werden. Dies wird im Rahmen der HZV bei speziellen Hilfsmitteln besonders durch die HA-Software unterstützt, indem der Arzt Hinweise erhält, wann eine Versorgung bevorzugt über die BKK abgewickelt wird. In diesen Fällen wird bei der Verordnung durch die Software ein Merkblatt für den Versicherten ausgedruckt, welches ihn über den Versorgungsprozess und die Vorteile informiert.

Erfolgt die Hilfsmittelversorgung immer über die BKK?

Nein. Es wurden gemeinsam von HÄVG und BKKn bestimmte Hilfsmittel(arten) definiert und in der Software hinterlegt, die einen besonderen Versorgungsweg auslösen. Hierbei wird die Verordnung aus der Praxis an die BKK gefaxt und der Patient erhält ein Merkblatt über das weitere Vorgehen.

Bei nicht-wiedereinsetzbaren bzw. bei „Massenartikeln“ (z.B. Bandagen) bleibt i.d.R. alles beim Gewohnten.

Besonders wichtig ist die Versorgung über die BKK immer dann, wenn das Hilfsmittel zugleich Indikator für einen speziellen, aufwändigen Versorgungsbedarf des Patienten ist, der von den Fallmanagern der BKK aufgegriffen werden kann.

Welche Vorteile hat das neue HZV-Hilfsmittelmanagement für den Patienten?

Bei den in der Software hinterlegten Hilfsmitteln übernimmt die BKK die Einleitung der Versorgung durch ihre Vertragspartner.

- Die Versorgung soll damit beschleunigt werden;
- der Aufwand für den Versicherten wird reduziert;
- die Vertragspartner sind auf eine bestimmte Qualität verpflichtet.

Welche Vorteile hat das neue HZV-Hilfsmittelmanagement für den Arzt?

Durch das in der Software hinterlegte Hilfsmittelverzeichnis mit dem extra für die HZV geschaffenen Thesaurus wird der Arzt bei der Verordnung zu der gewünschten Produktart geleitet. Die Verordnung entspricht den Hilfsmittel-Richtlinien und wird damit weniger Rückfragen von BKK und Leistungserbringer verursachen.

Der bei einigen Produktarten hinterlegte Fragebogen, der am Bildschirm ausgefüllt werden kann, beschleunigt insofern den Versorgungsprozess für den Patienten, da Rückfragen durch den Kostenträger im Vorfeld der Versorgung vermieden werden.

Was passiert mit Hilfsmitteln, die ungenutzt beim Versicherten lagern?

Alle Beteiligten sollten gemeinsam daran mitarbeiten, dass immer (nur) die Hilfsmittel beim Versicherten sind, die tatsächlich notwendig und im Einsatz sind.

Der Hausarzt wird deshalb im Rahmen der HZV die Kasse darüber informieren, falls er feststellt, dass wieder einsetzbare Hilfsmittel ungenutzt im Haushalt des Versicherten stehen. Auch der Versicherte kann jederzeit die BKK informieren, wenn Hilfsmittel abgeholt werden sollen.

▪ Management bei Fällen mit besonderem Steuerungsbedarf (Anhang 4)

Welcher Personenkreis hat einen besonderen Steuerungsbedarf, mit welchen Zielen?

Hausärzte und Betriebskrankenkassen haben sich darauf geeinigt, für akut erkrankte ebenso wie für Menschen mit einer chronischen Krankheit, bei denen ein besonderer Versorgungs- bzw. Betreuungsbedarf zu erkennen ist, gemeinsam besondere Angebote zu entwickeln.

Bei schweren Krankheitsverläufen informiert der Hausarzt die BKK per Schnellinformationsformular, das zukünftig in der Software hinterlegt sein wird (s. Anhang 5 von Anlage 14).

Hiermit sollen die folgenden Ziele erreicht werden:

- I. Steuerung der stationären Behandlungen und Vermeidung von Rehospitalisierungen;
- II. Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden;
- III. Optimierung bei der Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation;
- IV. Einbindung von Selektivverträgen;
- V. Prävention von Erkrankungen / Krankheitsereignissen.

Steuerung bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz

Diese Versicherten erhalten von ihrer BKK nach Aufforderung durch den Hausarzt den für die HZV entwickelten Herzinsuffizienz-Pass. Hiermit kann der Patient seinen Gewichtsverlauf dokumentieren und erhält Hinweise, wann er den Arzt konsultieren muss. Unterstützung kann er hierbei durch speziell dafür qualifizierte Fachangestellte der Arztpraxis erhalten. Wenn zugleich eine koronare Herzerkrankung vorliegt, wird der Patient außerdem in das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben.

Steuerung bei Patienten mit Bedarf für eine Endoprothese

Wenn ein künstliches Hüft-, Knie- oder Schultergelenk eingesetzt werden muss, soll der Hausarzt diesen Patienten in einen entsprechenden integrierten Versorgungsvertrag der BKK steuern. Hierzu soll der Hausarzt die BKK frühestmöglich über die Indikation zur OP informieren. Ein hierbei hilfreiches Schnellinformationsblatt wird zu diesem Zweck in der Software der Hausärzte hinterlegt.

Vereinbarung zur Prävention von Herzinfarkt oder Schlaganfall

Bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren erstellt der Hausarzt für Teilnehmer an der hausarztzentrierten Versorgung eine EDV-gestützte Risikoprognose. Ziel ist eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient über therapeutische Maßnahmen anhand einer grafischen Darstellung des Risikos und der Effekte einer Verhaltensänderung und/oder medikamentöser Behandlung.