

## **Anhang 4 zu Anlage 14 – Management bei anderen Fällen mit besonderem Steuerungsbedarf (Fallsteuerungsgruppen)**

Personen mit besonderem Steuerungsbedarf sind akut erkrankte oder chronisch kranke HzV-Versicherte mit besonderem Versorgungs- und Betreuungsbedarf.

Bei schweren Krankheitsverläufen mit besonderem Steuerungsbedarf ist regelmäßig eine Schnellinformation der Betriebskrankenkasse (nach Anhang 5 der Anlage 14) erforderlich.

Die Vertragssoftware soll den Hausarzt mittelfristig direkt auf Verträge nach §§ 140 a ff. und 73 c SGB V der teilnehmenden Betriebskrankenkassen aufmerksam machen, so dass er auf einfache Weise und zeitnah eine Steuerung der betreffenden HzV-Versicherten in diese Verträge vornehmen kann.

Für die unten genannten Fallsteuerungsgruppen mit besonderem Steuerungsbedarf gelten folgende Zielsetzungen:

- 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

### **Fallsteuerungsgruppen:**

#### **1. Herzinsuffizienz**

Schwerpunkt-Zielsetzungen: I. und II.

Zu den HzV-Versicherten mit hohem Steuerungspotential zählen Patienten mit einer symptomatischen Herzinsuffizienz. Diagnostik und Behandlung erfolgen gemäß der DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“. Ziel ist auch der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Der Zielerreichung dienen die folgenden Maßnahmen, die über die Verlaufskontrolle nach Kapitel 2.3.1 und 2.3.2 der genannten Leitlinie hinaus gehen:

Die Betriebskrankenkasse stellt den betreffenden HzV-Versicherten einen Herzinsuffizienz-Pass zur Verfügung, in dem unter anderem das Körpergewicht in den vom Hausarzt festgelegten Intervallen dokumentiert wird.

Der Hausarzt stellt sicher, dass die Gewichtskontrollen bedarfs- und sachgerecht durchgeführt werden, indem er den Patienten über deren Sinn und praktische Durchführung informiert. Der Hausarzt klärt den Patienten intensiv und ggf. wiederholt über Alarmzeichen für eine Verschlechterung der Herzinsuffizienz nach DEGAM-Leitlinie Nr. 9 Teil 1 2.1.2.1. auf. Patienten erhalten ein nachhaltiges Empowerment und werden aufgefordert, sich bei Wahrnehmung von Alarmzeichen bzw. bei Überschreiten vereinbarter Schwellenwerte initiativ in der Arztpraxis zu melden.

Das Monitoring der Gewichtskontrollen erfolgt vorzugsweise durch telefonische Abfragen der Arztpraxis (qualifizierte MFA). Diese erfolgen vor allem zu Beginn der Nutzung des Herzinsuffizienz-Passes engmaschig, um hierdurch neben der Gewichtskontrolle eine intensivere Schulung und Beratung sicherzustellen. Ist von einer guten Compliance des Patienten auszugehen, werden die telefonischen Abfragen auf ein sinnvolles Minimum reduziert.

Falls der Patient selbst nicht zur Gewichtskontrolle in der Lage ist, kann der Hausarzt/die qualifizierte MFA Hilfspersonen (z.B. Angehörige, Pflegedienst, Pflegepersonal) hinzuziehen, um die telefonische Abfrage durch die Arztpraxis zu ermöglichen und die Initiativ-Meldung bei Schwellenwert-Überschreitung auf diese zu übertragen.

Bei Gefährdung der häuslichen Versorgung aus zusätzlichen Gründen wie z.B. psychische Begleiterkrankung des Patienten oder schwierige soziale Verhältnisse, ergreift der Hausarzt und/oder die qualifizierte VERAH entsprechende Maßnahmen.

Der Einsatz von Hilfspersonen oder entsprechende Maßnahmen können insbesondere mit Unterstützung der Betriebskrankenkasse eingeleitet werden (Schnellinformation Anhang 5).

Bei gleichzeitig bestehender koronarer Herzkrankheit schreibt der Hausarzt den Patienten auch in das DMP-Modul Herzinsuffizienz nach 20. RSA-ÄndV ein bzw. ergänzt die DMP-Einschreibung um das Modul der Herzinsuffizienz.

## **2. Erkrankungen mit Bedarf für Endoprothetik**

Schwerpunkt-Zielsetzungen der Versorgungssteuerung: I. bis IV.

Zu den HzV-Versicherten mit besonderem Steuerungsbedarf zählen Patienten, bei denen ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk eingesetzt werden soll. Ziel neben den o.g. Schwerpunkt-Zielsetzungen ist die Steuerung dieser Patienten in Verträge zur Endoprothetik nach §§ 140 a ff. SGB V und 73 c SGB V, die die teilnehmenden Betriebskrankenkassen abgeschlossen haben.

Der Hausarzt setzt die Betriebskrankenkasse möglichst früh mit der Schnellinformation nach Anhang 5 in Kenntnis, ggf. mit der Bitte um Rückruf. Geeignete Zeitpunkte sind zum Beispiel:

- Der Hausarzt hat die OP-Indikation gestellt und will selbst die Überweisung in eine geeignete Klinik vornehmen.
- Der Hausarzt vermutet eine OP-Indikation und überweist den Patienten zur Abklärung an den Facharzt.
- Der Hausarzt erhält einen Facharztbericht, in dem über die OP-Indikation informiert wird. Der OP-Termin ist nicht bekannt, noch nicht festgesetzt oder weiter als vier Wochen entfernt.

## **3. Kardiovaskuläres Risiko**

Schwerpunkt-Zielsetzungen der Versorgungssteuerung: I. und V.

Graphische Darstellung der individuellen Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall durch die arriba®-Software

Der Hausarzt bietet den HzV-Versicherten bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall unter Verwendung der arriba-Software ([www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de)) an. Ziel ist eine bessere gemeinsame Entscheidung über therapeutische Maßnahmen durch die optische Darstellung der Risikowahrscheinlichkeit und der Effekte von Verhaltensänderungen und/oder medikamentöser Behandlung.

#### **4. Depression**

Schwerpunkt-Zielsetzungen der Versorgungssteuerung: II., III. und V.

Um Depressionen früher erkennen zu können, soll der Hausarzt gem. der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ Depressionen aktiv diagnostizieren, z.B. mit dem 2-Fragen-Test:

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“

„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Der 2-Fragen-Test lässt sich gut in ein empathisches Gespräch integrieren und ist eine Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen: wenn beide Fragen bejaht werden, beträgt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression 96% und es sind weitere Symptome einer Depression zu erfragen.

Grundsätzlich muss die Überweisung zu einem Facharzt erfolgen, wenn bei Beginn des Krankengeldbezuges die Dauer der Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich mehr als weitere 14 Tage dauert und der Patient in diesem Krankheitsfall noch nicht in fachärztlicher Behandlung war.