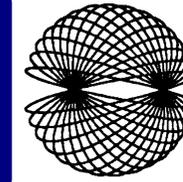


Behandlungspfadeund ihre Umsetzung



BVDN

Psychiatriekongress LWL

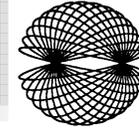
Versorgungskonzepte

in Neurologie und Psychiatrie

BVDN, BDN, BVDP



**Zentrum für
Neurologie und seelische Gesundheit
Kapuzinerkarree**



Vom medizinischen Standard zum Versorgungsstandard

- **Leitlinien**

(guidelines)

- ✓ **was** wird gemacht?
- ✓ **warum** wird was gemacht?
- ☞ Mehr Entscheidungshilfe



Inhalt

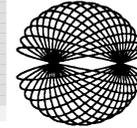
- **Behandlungspfade**

(pathways)

- ✓ **wer** macht was?
- ✓ **wann** wird was gemacht?
- ☞ Fokussierung auf Prozesse

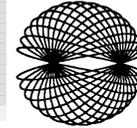


Organisation



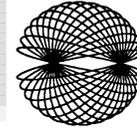
Vom medizinischen Standard zum Versorgungsstandard

- **Versorgungsstandard:**
 - bezieht sich auf eine konkrete Einrichtung
 - ist bezogen auf die regionale Infrastruktur und Kooperationen
 - berücksichtigt alle qualitäts-, risiko-, und ökonomisch relevanten Aspekte
- **medizinische Qualität**
 - nimmt Bezug zum evidenzbasierten Fachgruppenkonsens
- **organisatorische Qualität**
 - Standardisierte Abläufe durch eine Vielzahl von Führungs- und Unterstützungsprozessen
 - Mitarbeiter führen und schulen, Ressourcen steuern, Kooperationen festlegen
 - Dokumentation, Datensicherheit sicherstellen
 - ...



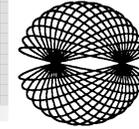
Organisatorische Qualität

- **Die Organisation muß u.a. sicherstellen, daß**
 - **Ressourcen effektiv eingesetzt werden**
 - **Mitarbeiter geschult werden**
 - **Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten klar geregelt sind**
 - **Transparenz der Abläufe vorhanden ist**
 - **Konformität mit Gesetzen und Verordnungen hergestellt wird**
 - **Risiken minimiert sind (Vermeidung unerwünschter Ergebnisse)**
 - **Kommunikations- und Informationswege funktionieren**
 - **Mitarbeiter zufrieden und motiviert sind**
 - **Schnittstellen geregelt sind (extern und intern)**
 - **Fehler erkannt, beseitigt, analysiert und präventiert werden**
 - **Patienten zufrieden sind, Erwartungen erfüllt werden**
 - **.....**

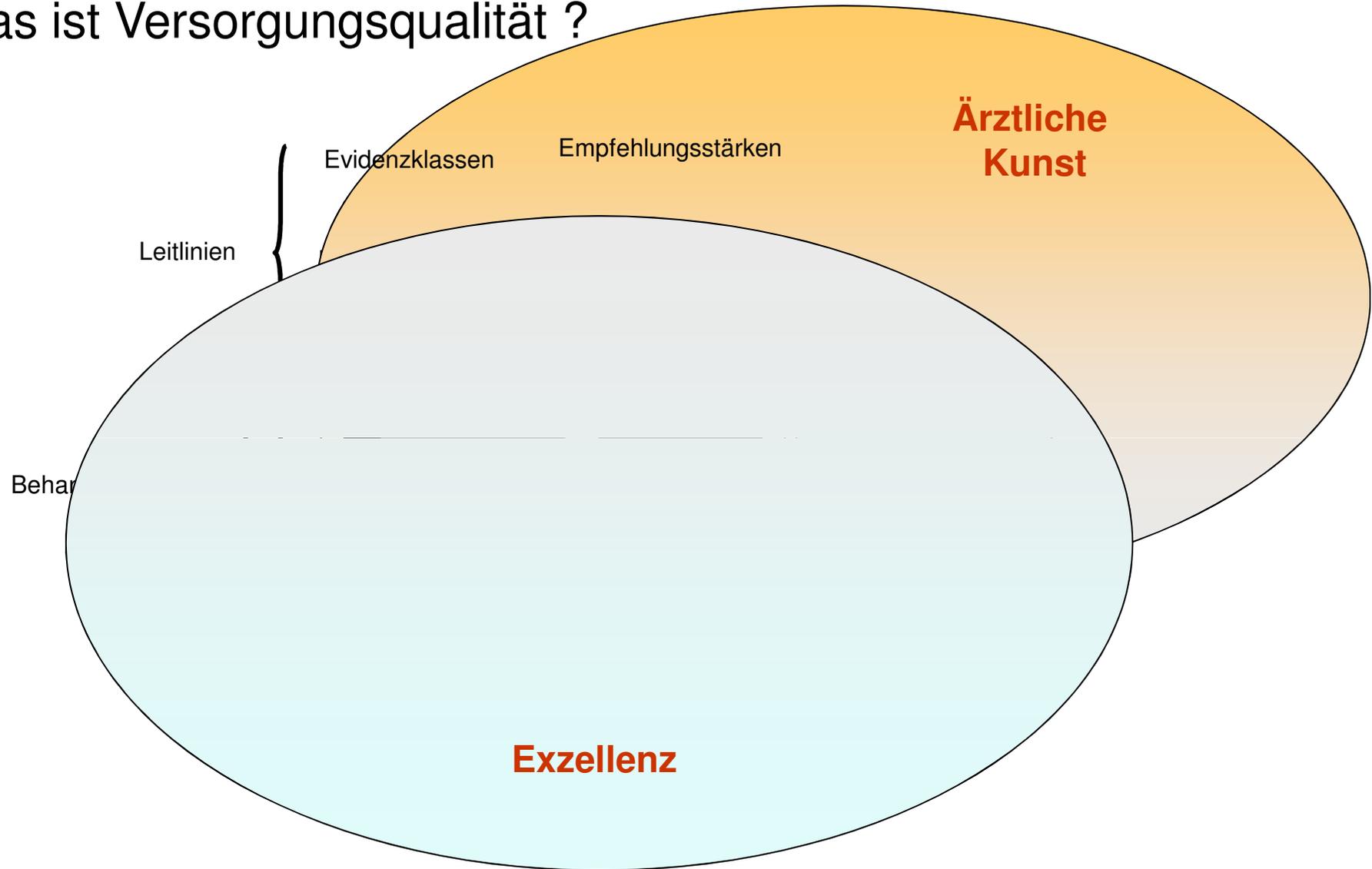


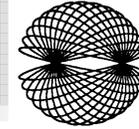
Zauberwort: Versorgungsqualität

- **Versorgungsqualität ist das Ergebnis organisatorischer und medizinischer Qualität**
- **Organisatorische Qualität bedeutet die Sicherstellung standardisierter Abläufe in einer Organisation zur Erreichung der Qualitätsziele**
- **Standardisierung von Abläufen heißt anders formuliert: die den Qualitätsanforderungen genügende Umsetzung medizinischer Standards in einer Einrichtung ist nicht Zufall, sondern Ausdruck von Planung**
- **Die (implizit oder explizit geregelten) Tätigkeiten, die die standardisierte Umsetzung ermöglichen, sind die Grundlage von Qualitätsmanagement**

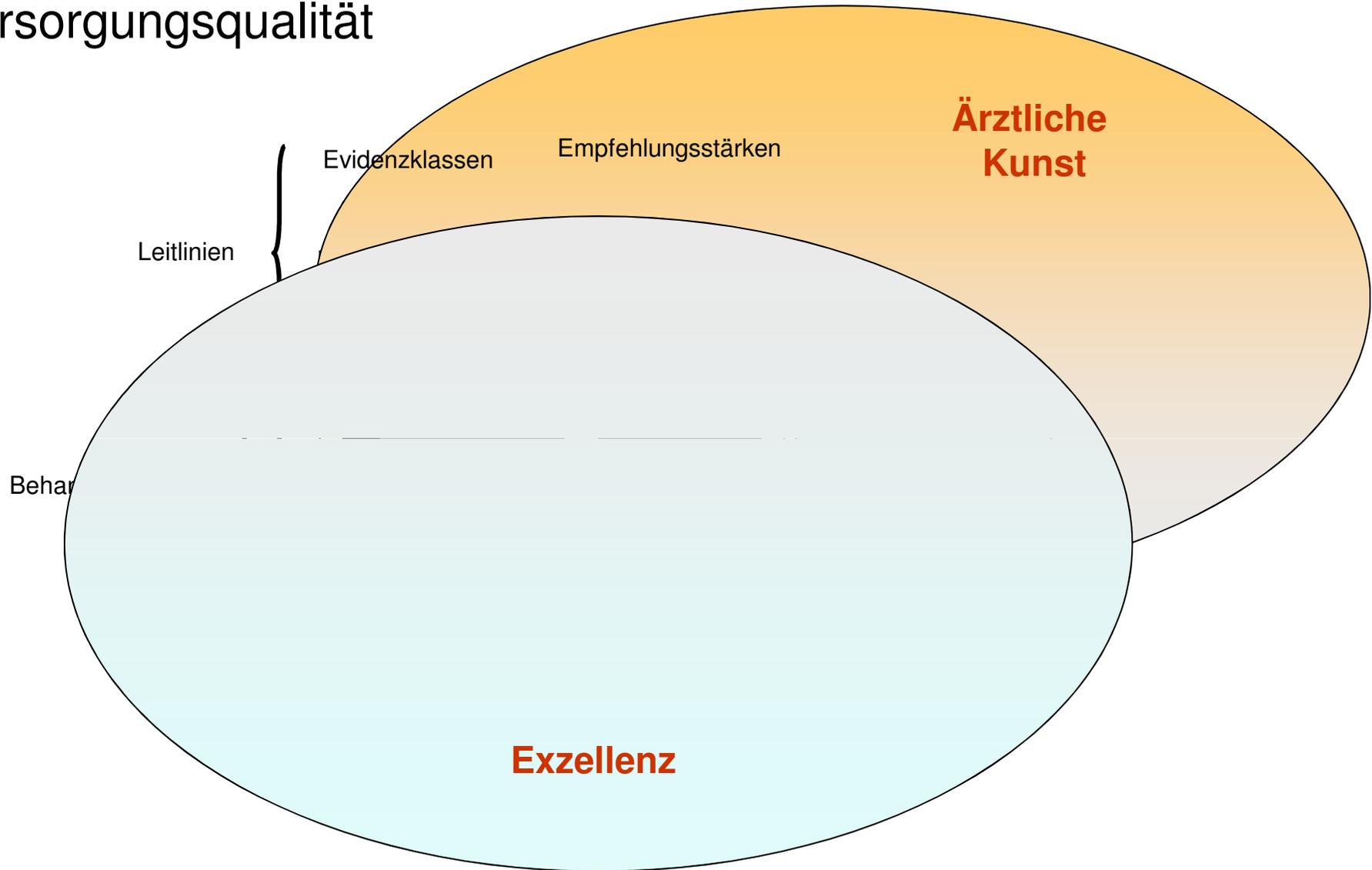


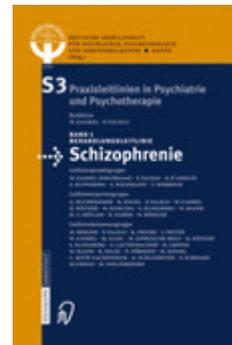
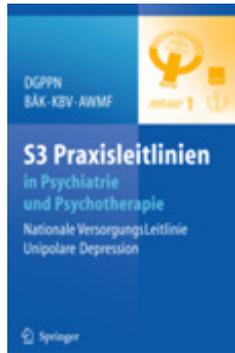
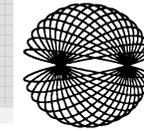
Was ist Versorgungsqualität ?

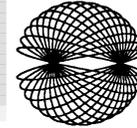




Versorgungsqualität

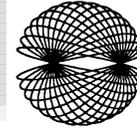






Status quo der Versorgung

- Geringe Vernetzung der beteiligten Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten
- Schlechte sektorenübergreifende Vernetzung, wenig Schnittstellenmanagement
- Hohe Kosten durch hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, lange und häufige Krankenhausaufenthalte, viele AU-Tage
- Oft Unzufriedenheit bei Patienten und deren Angehörigen
- lange Wartezeiten auf Therapieplätze
- mangelndes Casemanagement
- fehlende Ansprechpartner
- keine übergangsgleiche ambulante bzw. stationäre Weiterbehandlung



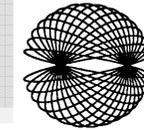
Status quo der Versorgung

- Leitlinienimplementierung ?
- Verbindliche Behandlungspfade?

- Aufnahmemanagement?
- Entlassmanagement?

- Schnittstelle Hausarzt / Facharzt?
- Management PT – Plätze?

- Rudimentärer Behandlungspfad: PIA - Vertrag



V. E. Amelung | F. Bergmann | P. Falkai
I. Hauth | E. Jaleel | U. Meier | H. Reichmann
C. Roth-Sackenheim (Hrsg.)

Innovative Konzepte im Versorgungs- management von ZNS-Patienten

Unter Schirmherrschaft von



Status quo:

Überwiegend regionale
Vertragsabschlüsse nach § 140 a ff

Indikationsbezogene IV Verträge

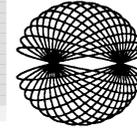
Fokussierung auf wenige ökonomische
Kennzahlen

AU-Tage, KH-Einweisungen, Med.-Kosten
und auf Service-Qualität

„Provision“ für rasche Terminvergabe

Medizinische Qualität ist nachrangig

Wenig Anreize zum Abschluss von Verträgen zur
Behandlung chronisch- und schwerkranker

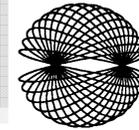


Hoher Kostendruck durch

- starke Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und pharmazeutischer Produkte
- Stationäre Behandlungen
- Pflegebedürftigkeit
- Doppeluntersuchungen
- Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit, entsprechend hohe Zahl an AU-Tagen bei Patienten und den Angehörigen



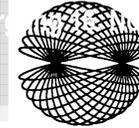
Neuropsychiatrische Erkrankungen machen ein Drittel der Gesundheitskosten aus (WHO)



Versorgungskonzept von KBV/BVDN/BVDP/BDN zur Neuropsychiatrischen Versorgung

16. November 2009

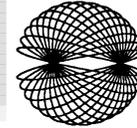




Vertragsziel

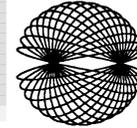
Flächendeckende qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten im akuten Krankheitsstadium und im Langzeitverlauf durch

- Stärkung der ambulanten Psychiatrie
- leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten Versorgung
- Strukturierung der Versorgung
- Flächendeckendes Angebot
- Vertragsmonitoring



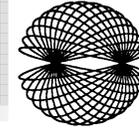
Vertragsziele im einzelnen I:

- Stärkung der Patientenorientierung durch Stärkung der Eigenkompetenz und Compliance der Patienten und verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld
- Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung
- Minderung der Kernsymptome und Besserung der komorbiden Störungen
- Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen und Re - Hospitalisierungen



Vertragsziele im einzelnen II:

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Verringerung von AU-Tagen (auch bei den Angehörigen)
- Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit
- Klarheit und Sicherheit der Patienten und ihrer Angehörigen über Behandlungsweg und Ansprechpartner
- Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen
- Reduzierung der Wartezeiten auf Behandlungstermine und Therapieplätze.



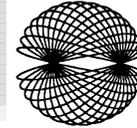
Versorgungsauftrag für fast alle neuropsychiatrischen Erkrankungen

- **Affektive Störungen, insb. Depression**
- **Demenz inkl. Alzheimerkrankheit**
- **Psychosen**
- Bewegungsstörungen
- Entzündliche Erkrankungen des ZNS, u.a. MS
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Epilepsie
- Cerebrovaskuläre Erkrankungen
- **Suchterkrankungen**

RSA-relevante Diagnosen



betreffen sind Millionen Patienten, allein 4 Mio. Depressive

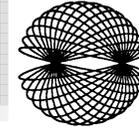


Morbi-RSA

31% der Morbi-RSA-Indikationen sind neuropsychiatrisch

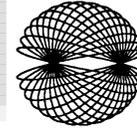
davon:

- 21% rein neurologisch
 - z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Neuropathien, Muskelkrankheiten u.a.
- 7,5 % rein psychiatrisch
 - z.B. Depressionen, Psychosen, Suchtkrankheiten, Essstörungen, ADHS u.a.
- 2,5 % gemischt
 - Demenz, Delir, Enzephalopathie



Besonderheiten des Vertrages

1. Strukturiertes, arbeitsteilig organisiertes Versorgungsprogramm für neuropsychiatrische Erkrankungen
2. Grundlage: Rahmenvereinbarung mit *indikationsübergreifenden* Grundelementen und indikationsspezifischen Zusatzmodulen
3. Regionale, interdisziplinäre Netzwerke
4. Regional anzupassende Behandlungspfade
5. Vertragsmanagement-Instrumente
6. Vertragsspezifische Software

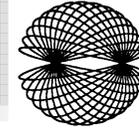


Kernelement des Vertragskonzeptes

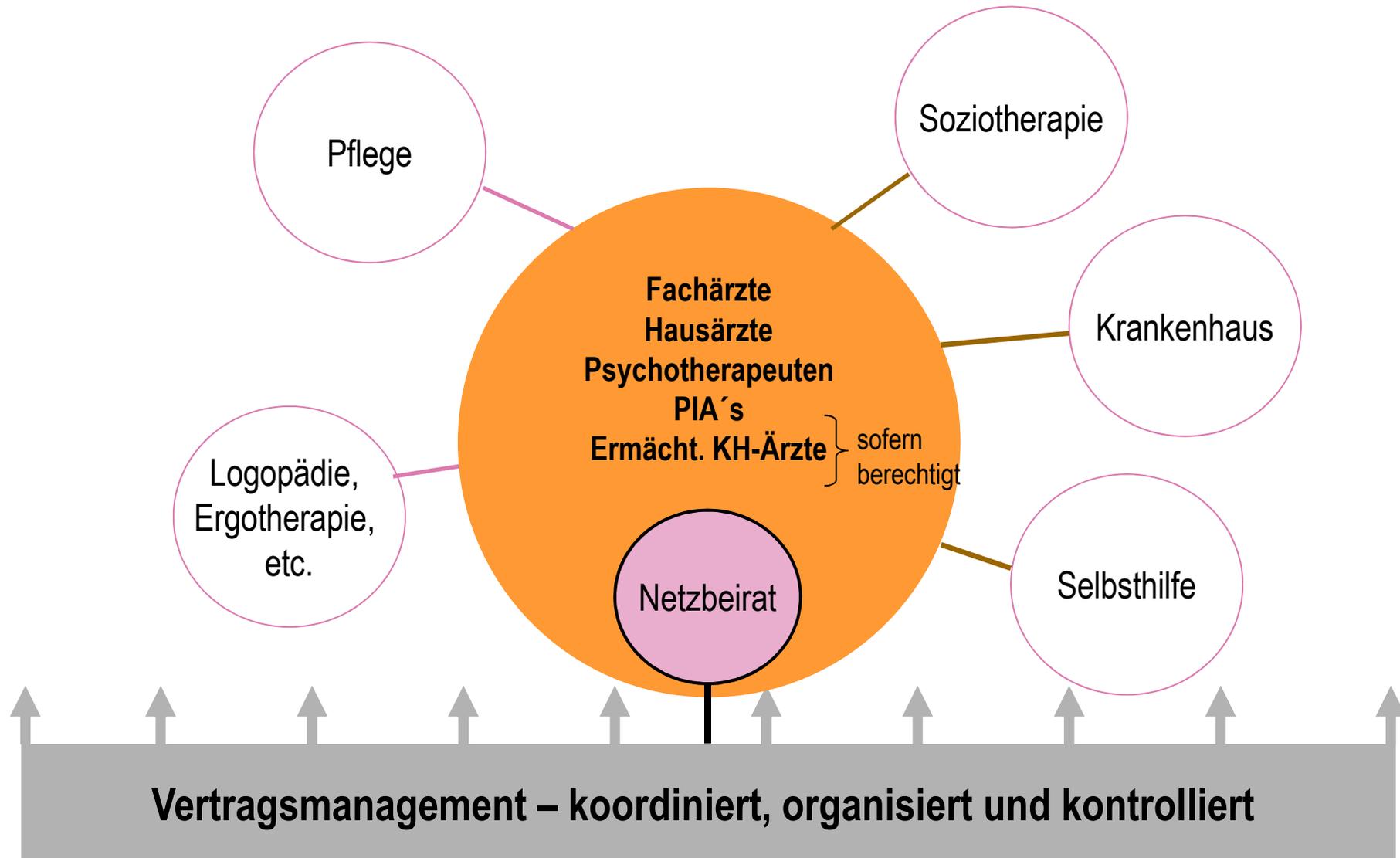
Regionale Netze

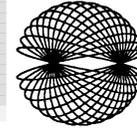
Verpflichtende Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Ärzte und Therapeuten durch regelmäßig stattfindende Absprachen, Qualitätszirkel und Fallkonferenzen

Haus- und Fachärzte tauschen sich in den regionalen Netzen auch mit den Krankenhäusern und PIAs vor Ort aus und regeln auch Zuweisung zu komplementären Leistungsangeboten („sektorenübergreifende Plattform“)



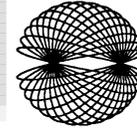
Regionale neuropsychiatrische Netze





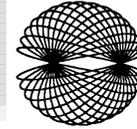
Patientenorientierung

- Behandlungstermin innerhalb von 14 Tagen
- Umfassendes Aufklärungsgespräch des Patienten und seiner Angehörigen
- Weitergabe von vorhandenen Patientenleitlinien
- Individuell auf den Patienten zugeschnittene Patienteninformation mit ausgewählten Informationen zur Diagnostik, Behandlungsziele, Therapie, inkl. Pharmakotherapie, Termine für Therapie und Patientenedukation
- Bei Bedarf Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Angebot von Nachsorgegesprächen nach Beendigung der Therapie



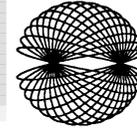
Anforderungen an den Patienten:

- Teilnahme an Patientenedukationskursen
- Wahrnehmen von Behandlungsterminen
- Anzeigen von Krankenkassenwechsel oder Wechsel des Arztes oder Psychotherapeuten



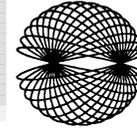
Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten)
- Psychologische Psychotherapeuten in Bezug auf Psychotherapie bei affektiven Störungen und Psychosen
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), sofern dreiseitige Vereinbarung hierzu berechtigt
- Krankenhausärzte mit einer Ermächtigung nach § 116 SGB V, sofern Ermächtigung entsprechende Leistungen beinhaltet



Fortbildungsanforderungen:

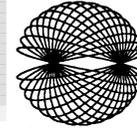
- Mind. 4mal jährliche Teilnahme an einem themenbezogenen Qualitätszirkel
- Zusätzliche Teilnahme an Fallkonferenzen



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten I:

1. Einschreiben, Information und Aufklären des Patienten

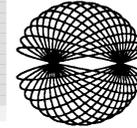
- Diagnosecheck
- Prüfen von Ausschlusskriterien
- Weiterleiten der Teilnahmeerklärung an Vertragsmanagement



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten II:

2. Leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie

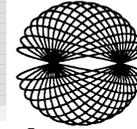
- Diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen
- Erfassung auf Erstdokumentationsbögen
- Orientierung an regional angepassten Behandlungspfaden
- Festlegen eines individuellen Behandlungsplanes
- Kontrolle/Steuerung der medikamentösen Therapie
- Indikationsstellung zur Richtlinienpsychotherapie
- Sicherstellen der Regelmäßigkeit von Untersuchungen
- Bei Bedarf Vermittlung zu komplementären Leistungsangeboten



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten III:

3. Teilnahme an der regionalen Netzarbeit

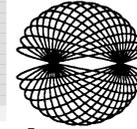
- Verpflichtende Teilnahme an einem regionalen Netz und an Qualitätszirkeln
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der Netzarbeit
- Zusammenwirken zwischen Haus- und Fachärzten wird der örtlichen Versorgungssituation angepasst
- Austausch mit dem stationären Sektor
- Ggf. Zusammenarbeit mit Selbsthilfeverbänden vor Ort



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten IV:

4. Vermittlung von Patientenedukationskursen

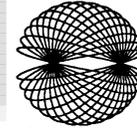
- Patienten lernen, Krankheit im Alltag zu bewältigen
- Unter fachärztlicher Leitung
- Patienten sollte möglichst innerhalb von acht Wochen nach Einschreibung einen Kurs angeboten bekommen



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten V:

5. Angebot eines Notfallmanagements im ambulanten Bereich

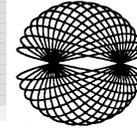
- Regionales Netz organisiert Notfallmanagement unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen
- Ziel: Vermeidung von Klinikeinweisungen



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten VI:

6. Nachsorgegespräche mit Patienten deren Behandlungsziele stabil erreicht sind

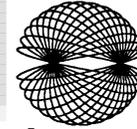
- Wenn Behandlungsziele stabil erreicht sind, sollen den Patienten 2mal im Jahr Nachsorgegespräche angeboten werden
- Dokumentation auf Verlaufsdokubogen
- Ziel: Vermeidung von Rückfällen



Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten VII:

7. Teilnahme an Eingangsschulungen

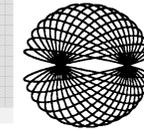
- Teilnehmende Ärzte und Therapeuten besuchen vor Leistungsbeginn einmalig eine Eingangsschulung
- Relevante Themen: Technik des Vertrages, Besprechung der Leitlinien und Behandlungspfade, Dokumentationsanforderungen
- Organisation der Schulungen durch Vertragsmanagement



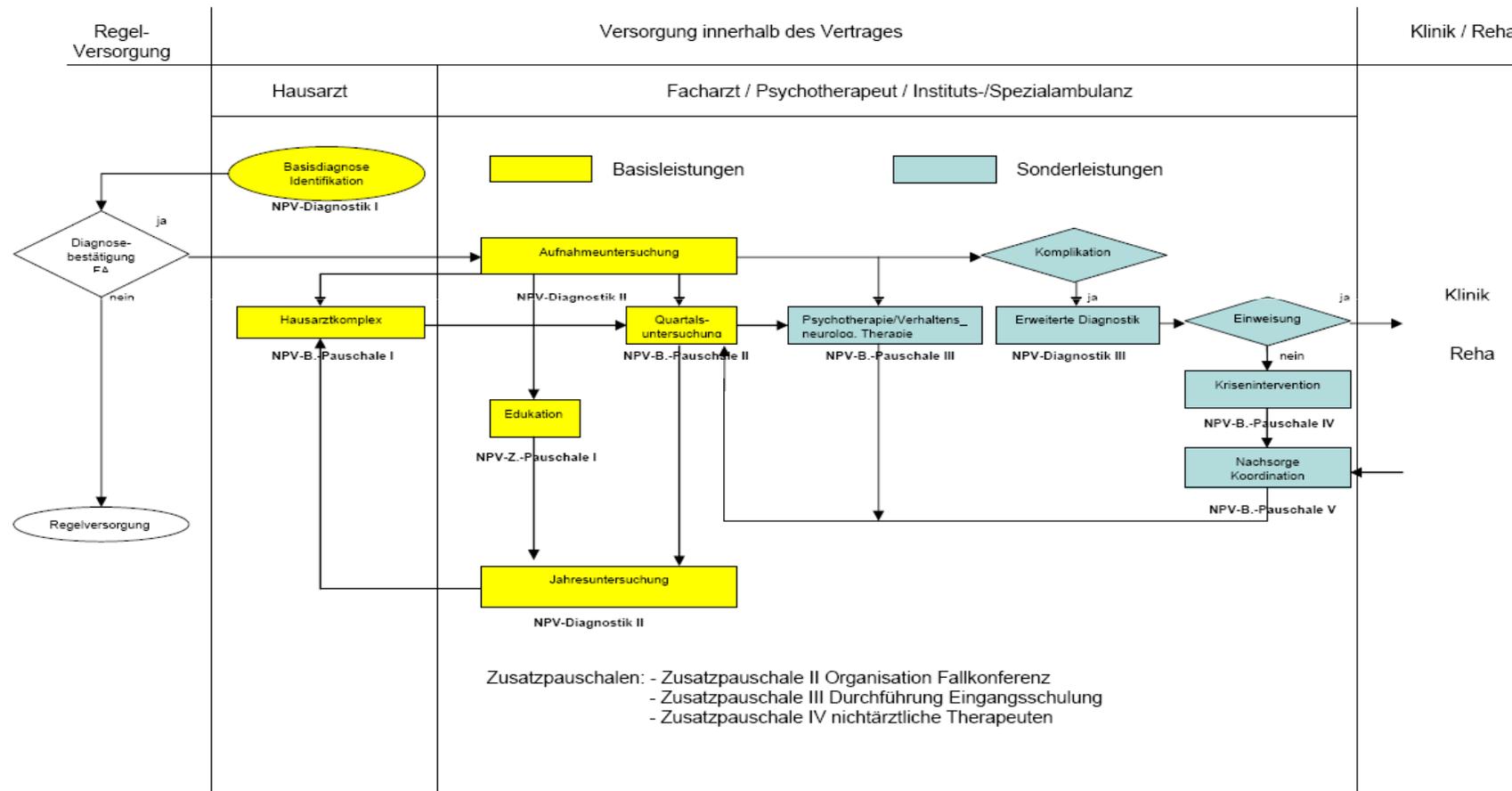
Aufgaben der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten VIII:

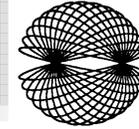
8. Dokumentation

- Lückenlose Dokumentation aller diagnostischen und therapeutischen Schritte auf entsprechenden Dokumentationsbögen
- Unterstützung durch Vertragssoftware



Bsp. eines generischen Behandlungspfades





Unterstützende vertragsspezifische Software

- Visualisierung der Versorgungspfade mit Dokumentationsoptionen
- Einbettung in Praxisverwaltungssystem

Grundlage für einfaches Berichtssystem für Patienten,
Ärzte oder Krankenkassen



Reduzierung von Bürokratie und administrativen
Abläufen

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte

Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Patienteninfo

[Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M., ADK Baden-Württemberg

Bezahlt

3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell: ✓

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen

Dauermedikation

```

    graph TD
      A[Gesicherte Diagnose MS] --> B[Aufnahmekonsultation]
      B --> C{Aufnahmekriterien erfüllt}
      C -- Ja --> D[Aufnahme ins Netz]
      C -- Nein --> E[Versorgung außerhalb IV-Netz]
      D --> F[Patientenschulung]
      F --> G{Komplikationen}
      G -- Ja --> H{Problemzentrierte Versorgung}
      G -- Nein --> H
      H -- Ja --> I{Spezielle Diagnostik}
      H -- Nein --> I
      I -- Ja --> J{Heil-/Hilfsmittel Medikamente}
      I -- Nein --> J
      J -- Ja --> K[Quartalsuntersuchung]
      J -- Nein --> K
      K --> G
      K --> H
      K --> I
      K --> J
  
```

Flowchart details: The process starts with a confirmed diagnosis of MS, leading to an intake consultation. A decision is made on whether admission criteria are met. If not, care is provided outside the IV-network. If yes, the patient is admitted to the network and undergoes patient education. This is followed by a series of decision points: complications, problem-oriented care, special diagnostics, and therapy. If any of these are 'Ja', the process continues to the next step. If 'Nein', it loops back to the previous decision point. The final step is a quarterly examination, which then loops back to the complications decision point.

Documentation: Basis-Dokumentation, Standard-Dokumentation, Standard-Dokumentation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

Frank Bergmann

Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Neu | Ändern | Löschen | Kasse | Privat | Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Gesicherte Diagnose MS

Aufnahmekonsultation

Tabelle 1: Diagnosekriterien der MS (nach McDonald et al. 2001, Polmann 2005)

Klinische Präsentation (Schübe)	Objektivierbare klinische Läsion	Weitere erforderliche Kriterien
2 oder mehr	2 oder mehr	<ul style="list-style-type: none"> keine; klinische Evidenz ausreichend (zusätzliche Evidenz wünschenswert, muss dann mit MS vereinbar sein)
2 oder mehr	1	<ul style="list-style-type: none"> räumliche Dissemination im MRT¹ oder positiver Liquorbefund² und 2 oder mehr MS-typische Läsionen im MRT oder weiterer klinischer Schub
1	2 oder mehr	<ul style="list-style-type: none"> zeitliche Dissemination im MRT³ oder zweiter klinischer Schub
1 (monosymptomatische Präsentation)	1	<ul style="list-style-type: none"> räumliche Dissemination im MRT¹ oder 2 oder mehr MS-typische Läsionen im MRT mit positivem Liquorbefund² UND zeitliche Dissemination im MRT³ oder zweiter klinischer Schub
0 (primär progredienter Verlauf) (Thompson et al. 2000)	1	<ul style="list-style-type: none"> kontinuierliche Krankheitsprogression und zwei der Folgenden über 1 Jahr (retrospektiv oder prospektiv) UND räumliche Dissemination im MRT¹ ≥ 9 T2-Läsionen im Gehirn, oder positive VEPs⁴ + 4-8 zerebrale MRT-Läsionen ≥ 2 Läsionen im Rückenmark (RM) positiver Liquorbefund²

¹ Die Demonstration einer räumlichen Dissemination muss die entsprechenden Kriterien nach Barkhof (1997) und Tintoré (2000) erfüllen.

² Ein positiver Liquorbefund liegt beim Nachweis oligoklonaler Banden bzw. eines erhöhten Liquor-IgG-Index vor.

³ MRT-Kriterien für eine zeitliche Dissemination: Kontrastmittel aufnehmende Läsion ≥ 3 Monate nach klinischem Schub an anderer Lokalisation als vorangegangener Schub oder neue Kontrastmittel aufnehmende oder T2w-hyperintense Läsion in einem zweiten MRT im Abstand von mind. 31 Tagen.

⁴ Pathologische visuell evozierte Potenziale, die typisch für die MS sind (Latenzverzögerung bei gut erhaltener Konfiguration).

medikamente

Nein

Quartalsuntersuchung

Standard-Dokumentation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Neu | Ändern | Löschen | Bearbeiten

Mit Karte | Ohne Karte | Patientenaufnahme

Kasse | Privat | Rezepte

Ü | KH | AU | Notf | Bevorzugt

HP | HE | HS | VHK | Weitere

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Patienteninfo

[Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M., AOK Baden-Württemberg

Bezahlt

3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell: ✓

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen

Dauermedikation

Gesicherte Diagnose MS

Aufnahmekonsultation

Aufnahmekriterien erfüllt? (Ja/Nein)

Versorgung außerhalb IV-Netz

Aufnahme ins Netz

Basis-Dokumentation

Standard-Dokumentation

Komplikationen:

- Schub
- Infektion
- PML-Verdacht
- UAW Arzneimittel
- Sonstige

Problemzentrierte Versorgung (Ja/Nein)

Spezielle Diagnostik (Ja/Nein)

Heil-/Hilfsmittel Medikamente (Ja/Nein)

Quartalsuntersuchung

Standard-Dokumentation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

FRANK BERGMANN

Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte | Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Patienteninfo

[Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M, ADK Baden-Württemberg

Bezahlt

3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell: ✓

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen

Dauermedikation

```

    graph TD
      Start([Gesicherte Diagnose MS]) --> A[Aufnahmekonsultation]
      A --> B([Problemzentrierte Versorgung])
      B --> C{Funktionsverschlechterung/  
Therapiekomplikation}
      C -- Ja --> D{Schub}
      C -- Nein --> E{Neuropsychologische oder  
kognitive Defizite}
      D -- Ja --> F{Komplizierter Schub}
      D -- Nein --> G[Sonstige definierte  
Funktionsverschlechterung]
      F -- Ja --> H[Stationäre Einweisung]
      F -- Nein --> I[Ambulante Schubtherapie]
      I --> J[Eskalationstherapie]
      J --> K[Neueinstellung  
Basistherapie]
      K --> L([Basisversorgung])
      H --> M[Teilprozess  
Klinik / Reha]
      M --> N[Diagnostik (MRT, Labor, ...)]
      N --> O[Stationäre Schubtherapie]
      O --> P[Eskalationstherapie]
      P --> Q[Neueinstellung  
Basistherapie]
      Q --> R{Reha}
      R -- Ja --> S[Ambulante / stationäre  
Reha]
      R -- Nein --> L
      E -- Ja --> T[Neuropsychologische  
Testverfahren]
      T --> U[Symptomatische Behandlung  
(neuropsych. Training,  
Medikation, Psychotherapie)]
      U --> V([Basisversorgung])
      V --> W[Symptomatische Behandlung  
(Medikation, Psychotherapie,  
Psychoedukation, Beratung)]
      W --> X[Vertiefte Exploration  
Fremdanamnese]
      X --> Y[Psychosoziale Probleme]
      G --> Z{Stationäre Einweisung}
      Z -- Ja --> L
      Z -- Nein --> AA[Weiterbehandlung bei externen  
Kooperationspartnern]
      AA --> L
  
```

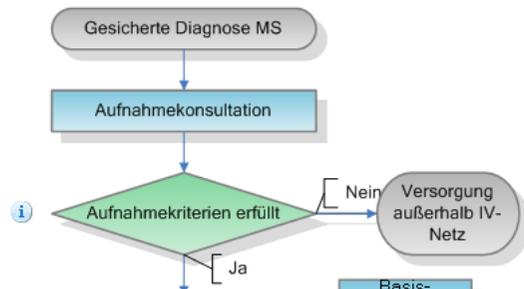
Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

FRANK BERGMANN

Mittwoch, 4. November 2009

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Patienteninfo x



Zweite TEST-Patient
45 Jahre, M., AOK Baden-Württemberg

Bezahlt
3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell: ✓

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen
Dauermedikation

Tabelle 3: Klinische und paraklinische Untersuchungen bei MS ohne verlaufsmodifizierende Therapie (C)

Untersuchungsart	VD: MS	3. Mo.	6. Mo.	12. Mo	½-jährlich	1x pro Jahr	Schub/ Progression
Vorgeschichte erfragen	X						
Symptome erfragen	X	X	X	X	X		X
Neurologische Untersuchung	X	X	X	X	X		X
EDSS	X		X	X	X		X
Gehstrecke ¹	(X)		(X)	(X)		(X)	(X)
MSFC	X			X		X	(X)
Lumbalpunktion	X			(X)			
Laboruntersuchungen ²	X			X		X	X
Urinstatus	X		X	X	X		X
Serologie	X						
MRT (kraniall) ³	X	X					(X)
MRT (spinal) ⁴	(X)						(X)
VEP, MEP, SEP (Beine)	X						(X)
Aufklärung über MS und Therapieoptionen	X	X					(X)

¹ Bei Angabe von verkürzter Gehstrecke (< 1 km)
² Routinelabor (Blutbild, Serumchemie, CRP, BZ, Elektrolyte)
³ MRT beim Schub oder rascher Progression, wenn eine Änderung der immunmodulatorischen Therapie geplant ist
⁴ Bei primär spinaler Manifestation, ggf. bei erstmals im Verlauf vermuteter spinaler Beteiligung

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte

Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

```

graph TD
    A[Gesicherte Diagnose MS] --> B[Aufnahmekonsultation]
    B --> C{Aufnahmekriterien erfüllt}
    C -- Ja --> D[Aufnahme ins Netz]
    C -- Nein --> E[Versorgung außerhalb IV-Netz]
    D --> F[Patientenschulung]
    F --> G{Komplikationen}
    G -- Ja --> H{Problemzentrierte Versorgung}
    G -- Nein --> H
    H -- Ja --> I{Spezielle Diagnostik}
    H -- Nein --> I
    I --> J[Medikamente, Heil-/Hilfsmittel]
    
```

Medikamente, Heil-/Hilfsmittel:

- Medikamentöse Basistherapie
- medikamentöse Eskalationstherapie
- Schubtherapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Rollstuhl
- sonstige Hilfsmittel
- Patienten Edukation
- Sonstiges

Patienteninfo

HA [Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M., ADK Baden-Württemberg

Bezahlt
 3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell: ✓

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen
 Dauermedikation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

Frank Bergmann | Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte | Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Basisdokumentation

Krankenversicherternummer: VersicherNrX-
KV-Nummer: 66688123
Datum: 15.10.2009

1. Erfüllt der Patient die Einschlusskriterien?
 Ja Nein

2. Indikation (bitte den ICD-Code angeben)
 Psychiatrische Diagnose:
 Neurologische Diagnose:
 Weitere Diagnose:
 Weitere Diagnose:

3. Somatische Begleiterkrankungen: (bitte ankreuzen)
 Hypertonie Krebserkrankung
 AVK Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes mellitus geistige Behinderung
 COPD Sonstige

4. War der Patient in Ihrer Praxis bereits in Behandlung?
 Ja Nein

5. War der Patient schon in Vorbehandlung bei anderen Ärzten? (wegen gleicher Krankheit)
 Ja Nein

6. Erstdiagnose seit
Letzte Exacerbation

7. Suizidversuche in der Vorgeschichte?
 Ja Nein

8. Krankheitsspezifische Diagnostik (bitte ankreuzen)
 Labor EKG CT/MRT
 EEG Liquor Elektro-Phys.

9. Nichtmedikamentöse Therapieformen vor Aufnahme
 Patientenedukation Ja Nein
 Psychotherapie Ja Nein
 Heil-/Hilfsmittel Ja Nein
 Selbsthilfegruppe Ja Nein

10. Bemerkungen

[zurück zur Übersicht](#)

Patienteninfo

[Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M., ADK Baden-Württemberg

Bezahlt

1 Schein gesamt, Status aktuell:

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen

Dauermedikation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

Frank Bergmann | Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte | Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Standarddokumentation entzündliche und demyelinisierende Erkrankungen

Krankenversicherternummer: VersicherNrX- | KV-Nummer: 66688123 | Datum: 15.10.2009

1. Hat sich an der Diagnose etwas geändert? Ja Nein

Multiple Sklerose (G35)
 Weitere Diagnose
 Weitere Diagnose

2. Ist inzwischen ein Ausschlusskriterium eingetreten? Ja Nein

Ausschluss am

3. Krankenhausaufenthalt und Arbeitsfähigkeit

wie viele Tage war der Patient im letzten Quartal im Krankenhaus?
 wie viele Tage davon war der Patient im letzten Quartal

4. Ist der Patient bereits berentet? Ja Nein

5. Hat der Patient einen Schwerbehindertenausweis? Ja Nein

6. Pflegestufe keine 1 2 3

7. Fahrtauglich aktuell Ja Nein

8. Suizidgefährdung aktuell Ja Nein

9. Gravidität Ja Nein

10. Kriterien McDonald et al. sichere MS mögliche MS

11. Verlaufstyp nach Lublin und Reingold

<input type="checkbox"/> isoliertes neurologisches Defizit	<input type="checkbox"/> sekundär chronisch progredienter Verlauf ohne Schübe
<input type="checkbox"/> schubförmig-remittierender Verlauf mit kompletten Remissionen	<input type="checkbox"/> primär chronisch progredienter Verlauf ohne Schübe
<input type="checkbox"/> schubförmig-remittierender Verlauf mit inkompletten Remissionen	<input type="checkbox"/> primär chronisch progredienter Verlauf mit Schüben
<input type="checkbox"/> sekundär chronisch progredienter Verlauf mit Schüben	<input type="checkbox"/> Verlaufstyp nicht sicher zu bestimmen

12. MS-Therapie

<input type="checkbox"/> Azathioprin	<input type="checkbox"/> Cyclophosphamid
<input type="checkbox"/> Cyclosporin A	<input type="checkbox"/> Glatirameracetat
<input type="checkbox"/> Interferon beta	<input type="checkbox"/> i.v.-Ig
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> Mitoxantron
<input type="checkbox"/> Natalizumab	<input type="checkbox"/> Stammzelltherapie
<input type="checkbox"/> Plasmapherese	<input type="checkbox"/> Sonstige MS Ther.

13. Symptomatische medikamentöse Therapien der MS

<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Ataxie und Tremor
<input type="checkbox"/> Darmfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Blasenfunktionsstörungen
<input type="checkbox"/> Kognitive Störungen	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Sonstige

14. nichtmedikamentöse Therapieformen

Krankengymnastik Ja Nein
 Logopädie Ja Nein
 Ergotherapie Ja Nein
 Hilfsmittel Ja Nein

15. Überweisung / Mitbehandlung

Hausarzt Neurologe
 Spezial-Ambulanz / Schwerpunktpraxis Sonstige

Stationäre Einweisung

neurologische Klinik Rehabilitation
 Allgemein-krankenhaus Sonstige

16. CGI (Clinical Global Impression)
 (Tragen Sie eine Zahl von 1 bis 7 ein)

17. Kurtzke-Skala Ausmaß der Behinderung bei Multipler Sklerose (EDSS)
 (Tragen Sie eine Zahl von 0 bis 10 ein)

18. Bemerkungen

[zurück zur Übersicht](#)

Patienteninfo

HA [Pat.-Nr. 10]
 Letzter Kontakt: 23.09.2009
 Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
 45 Jahre, M., ADK Baden-Württemberg

Bezahlt

3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell:

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen
 Dauermedikation

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

Frank Bergmann

Mittwoch, 4. November 2009

TEST-Patient, Zweite *29.02.1964 - Hausa... Patientenbezogener Arbeitsbereich

Praxis | Einstellungen | Kommunikation | Webseiten | Abrechnung | Patient | Karteikarte | Kassenformulare | Assistenten | Verträge | DMPs | Sonstige Formulare

Mandant: Praxis Warmuth

Allgemeines | Patientenaufnahme | Bearbeiten | Kasse | Privat | Rezepte | Ü | KH | AU | Notf | HP | HE | HS | VHK

Suche x TEST-Patient, Zweite (45 J., w) x

Patienteninfo

[Pat.-Nr. 10]

Letzter Kontakt: 23.09.2009
Art der Aufnahme: Ersatzverfahren

Zweite TEST-Patient
45 Jahre, M., ADK Baden-Württemberg

Bezahlt

3/09 AOK HzV BW (10)

1 Schein gesamt, Status aktuell:

Behandler (ZAT) 07-TEST-Arzt, Zweiter AOK

Termine

CAVE

Dauerdiagnosen

Dauermedikation

Standarddokumentation

Krankenversichertennummer
VersicherNrX-

1. Hat sich an der Diagnose etwas geändert?

Multiple Sklerose (G35)
Weitere Diagnose
Weitere Diagnose

2. Ist inzwischen ein Ausschlusskriterium eingetreten?

Ausschluss am

3. Krankenhausaufenthalt und Arbeitsfähigkeit

wie viele Tage war der Patient im letzten Quartal im Krankenhaus?
wie viele Tage davon war der Patient im letzten Quartal

4. Ist der Patient bereits berentet?

5. Hat der Patient einen Schwerbehindertenausweis?

6. Pflegestufe keine

7. Fahrtauglich aktuell

8. Suizidgefährdung aktuell

9. Gravidität

10. Kriterien McDonald et al.

sichere MS mögliche MS

Kurtzke- Skala Ausmaß der Behinderung bei Multipler Sklerose (EDSS)

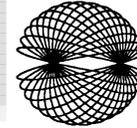
Normale neurologische Untersuchung in allen funktionellen Systemen	0
Keine Behinderung, minimale Abnormalität in einem funktionellen Systemen	1
Keine Behinderung, minimale Abnormalität in mehr als einem funktionellen Systemen	1,5
Minimale Behinderung in einem funktionellen System	2
Minimale Behinderung in 2 funktionellen Systemen	2,5
Mäßiggradige Behinderung in einem funktionellen Systemen oder leichte Behinderung in 3 oder 4 funktionellen Systemen, aber noch voll gehfähig	3
Voll gehfähig, aber mit mäßiger Behinderung in einem funktionellen System und 1 oder 2 funktionellen Systemen-Grad 2 oder 2 funktionellen Systemen Grad 3 oder 5 funktionellen Systemen Grad 2	3,5
Gehfähig ohne Hilfe und Rast für mindestens 500 m. Aktiv während ca. 12 Stunden pro Tag trotz relativ schwerer Behinderung	4
Gehfähig ohne Hilfe und Rast für mindestens 300 m. Ganztätig arbeitsfähig. Gewisse Einschränkung der Aktivität; benötigt minimale Hilfe, relativ schwere Behinderung	4,5
Gehfähig ohne Hilfe und Rast für etwa 200 m. Behinderung schwer genug, um tägliche Aktivität zu beeinträchtigen	5
Gehfähig ohne Hilfe und Rast für etwa 100 m. Behinderung schwer genug um normale tägliche Aktivität zu verunmöglichen	5,5
Bedarf intermittierend oder auf einer Seite konstanter Unterstützung durch Krücke, Stock oder Schiene, um etwa 100 m ohne Rast zu gehen	6
Benötigt konstant beidseits Hilfsmittel um etwa 20 m ohne Rast zu gehen	6,5
Unfähig, selbst mit Hilfe mehr als 5 m zu gehen, weitgehend an den Rollstuhl gebunden. Bewegt Rollstuhl selbst, transferiert ohne Hilfe	7
Unfähig, mehr als ein paar Schritte zu tun. An den Rollstuhl gebunden. Benötigt Hilfe für Transfer. Bewegt Rollstuhl selbst aber vermag nicht den ganzen Tag im Rollstuhl zu verbringen	7,5
Weitgehend an Bett oder Rollstuhl gebunden, pflegt sich weitgehend selbständig. Meist guter Gebrauch der Arme	8
Weitgehend ans Bett gebunden, auch während des Tages. Einiger nützlicher Gebrauch der Arme, einige Selbstpflege möglich	8,5
Hilfloser Patient im Bett, kann essen und kommunizieren	9
Gänzlich hilfloser Patient. Unfähig zu essen, zu schlucken oder zu kommunizieren	9,5
Tod infolge Multipler Sklerose	10

[zurück zur Übersicht](#)

Patientendaten | Verträge | Zusatzdaten | Anamnese | eHealth | Karteikarte | Kassenrezept | Kassenrezept | AU

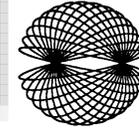
FRANK BERGMANN

Mittwoch, 4. November 2009



Qualitätssichernde Maßnahmen:

- Diagnosesicherung
- Anwendung evidenzbasierter Leitlinien und Behandlungspfade
- Orientierung an qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie und ggf. an örtlichen Arzneimittelvereinbarungen
- Stärkung der ambulanten Behandlung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Netze, Fallkonferenzen, Zirkel)
- Qualifikation und Eingangsschulungen
- Standardisierte Dokumentation
- Jährlicher Qualitätsbericht



Mögliche Vertragspartner

**KBV/KVen
(AG Vertragskoordinierung)**

BVDN

BVDP

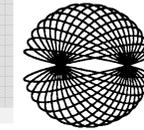
BDN

Oder ZNS Netz

Angebot

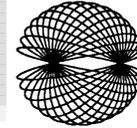
§ 73c-Vertrag/
§ 140...

Krankenkassen



Vorteile des gemeinsamen Vertragskonzeptes

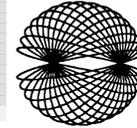
Für Patienten	Für Ärzte	Für Krankenkassen
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Versorgung (Versorgungsnetz) • hohe Servicequalität, (schneller Behandlungstermin, indiv. Patienteninformation) • Notfallmanagement • Patientenedukation • Feste Ansprechpartner • Nachsorgegespräch 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Kommunikation mit den Beteiligten eines Falles • Fachliche Sicherheit durch Arbeit im regionalen Netzwerk • Verwaltungstechnische Unterstützung und Entlastung durch professionelles Vertragsmanagement und durch spez. Software 	<ul style="list-style-type: none"> • Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen (Rückgang von AU-Tagen und Krankenhausaufenthalten) • Transparenz der Leistungen durch umfangreiche Dokumentation/ Evaluation • Versorgungsverbesserung für Patienten mit RSA-relevanten Diagnosen
<p>„ambulant vor stationär“</p>		
<p><small>Frank Bergmann</small></p>		



Zusammenfassung 1

Merkmale neurologischer und psychiatrischer Krankheiten

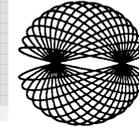
- Meist schwere und chronische Verläufe der zu versorgenden Patienten
- Die Versorgung erfordert viele Schnittstellen
- Über 1/3 aller MRSA-Diagnosen sind neuropsychiatrisch
- Ein Drittel der Gesundheitskosten (WHO) mit hohen direkten und indirekten Versorgungskosten
 - Krankenhauseinweisungen, AU-Tage, Pflegekosten, Beratungen etc.
- Kontinuierlich wachsender Versorgungsbedarf
 - In den letzten Jahrzehnten (s. a. IGES-Gutachten)
 - Und zukünftig durch demografischen Faktor und medizinischen Fortschritt
- Ressource Facharzt ist nur begrenzt verfügbar



Zusammenfassung 2

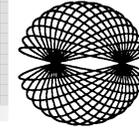
Das Versorgungskonzept NPV von KBV/BVDN/BDN/BVDP

- Strukturierte und qualitätsgesicherte Versorgungsabläufe
- Schnittstellenmanagement
 - Patientenorientierung und Verbesserte Servicequalität
- Möglichkeit der Standardisierung kostenkritischer Schnittstellen
 - Krankenhauseinweisungen
 - Management Arbeitsunfähigkeit
 - Doppeluntersuchungen
 - Medikamentenverordnungen
- „1/3-MRSA-Vertrag“ mit sachgerechter Codierung („Right-Coding“)
- Versorgungskritische Fortbildung und Qualitätszirkel



Strukturierte Versorgung vs. Status quo

- **Mögliche Vorteile strukturierter Versorgung**
 - Möglichkeit des Vertragsabschlusses auf Augenhöhe
 - Qualität und Transparenz der Versorgung
 - Leistungsorientierung und kalkulierte Leistungskomplexe
 - Patientenorientierung
 - Patienteninformationssysteme
 - Edukation
 - Service
 - Nahtlose Übergänge
- **Mögliche Vorteile status quo:**
 - Sicherstellungsauftrag im vertragsärztlichen Bereich
 - Keine Vertragsfreien Zustände
 - PIA – Versorgung auf Bundesebene vertraglich geregelt
 - Geringere Koordinierungserfordernisse
 - ...



Versorgungsqualität

