

Optimale Versorgung für Kassenpatienten durch Behandlungsprogramme

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schließt zur Stärkung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung für viele Krankheitsbilder Verträge mit den Krankenkassen ab. Sie ermöglichen es den Patienten, sich in unterschiedliche medizinische Programme einzuschreiben, über die ihre Gesundheit intensiver kontrolliert und gefördert wird. Die Abrechnung der ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen erfolgt dann über die KVN.

Hausarztzentrierte Versorgung

Die hausärztliche Versorgung (HzV) ist ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Für viele Patienten ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner im Umgang mit der Erkrankung, bei der Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie, bei der Gesundheitsberatung und -förderung sowie für die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung ist es das Ziel, die hausärztliche Versorgung durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Hausärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung zu verbessern.

Dabei koordiniert der Hausarzt als erste Anlaufstelle für den Patienten sämtliche Behandlungsschritte. Er hat einen umfassenden Überblick über die Krankengeschichte des Patienten und überweist ihn bei Bedarf an Fachärzte oder Krankenhäuser. Durch die Verträge wird die Funktion des Hausarztes für die ambulante Versorgung in Niedersachsen gestärkt. Die Teilnahme von Hausärzten und Patienten an dieser Versorgungsform ist freiwillig.

Patienten können sich freiwillig in ein Programm zur hausarztzentrierten Versorgung ihrer Krankenkasse einschreiben. Sie müssen einen teilnehmenden Hausarzt als ihren festen Hausarzt wählen. Der wird ihr Lotse in der Gesundheitsversorgung. Im Krankheitsfall müssen die Patienten erst diesen gewählten Hausarzt aufsuchen, der sie im Bedarfsfall an einen Facharzt überweisen kann. Augen- und Frauenärzte können die Patienten weiterhin direkt konsultieren.

Die teilnehmenden Patienten binden sich für mindestens ein Jahr an das Programm der hausarztzentrierten Versorgung und damit an den gewählten Hausarzt. Viele Programme erhalten auch besondere Serviceangebote für Versicherte. Beispiele hierfür sind Abendsprechstunden oder spezielle Vorsorgeuntersuchungen. Detaillierte Informationen über die einzelnen Hausarztmodelle erhalten Versichert bei ihrer jeweiligen Krankenkasse. Sprechen Sie Ihren Hausarzt darauf an, ob er an der HzV teilnimmt.

Behandlungsprogramme - DMP

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten. Sie wurden erstmals am 1. Juli 2002 im Sinne von § 137f SGB V per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt. DMP sollen durch gezieltes Versorgungsmanagement in Form standardisierter Behandlungs- und Betreuungsprozesse dazu beitragen, die Behandlung chronischer Erkrankungen über deren gesamten Verlauf zu verbessern. Sie sollen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung lindern und Folgeerkrankungen reduzieren. Ziel ist es, die Behandlung über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg zu koordinieren, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel abzubauen. Dazu dienen etwa regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Schulungen für den Umgang mit der eigenen Erkrankung und die Überwachung von medizinischen Grenzwerten, die es einzuhalten gilt.

Vorsorge

Warum zum Arzt gehen, wenn einem nichts weh tut? Viele Krankheiten beginnen unauffällig, können aber später zu ernststen chronischen Erkrankungen führen. Eine erfolgreiche Vorsorge basiert darauf, dass sie frühzeitig stattfindet. Im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen kann Ihr Arzt Risiken rechtzeitig ausfindig machen.

- [Gesundheitsvorsorge](#)

Individuelle Gesundheitsleistungen - IGeL

Individuelle Gesundheitsleistungen sind nach der Definition der KBV und der ärztlichen Berufsverbände solche ärztlichen Leistungen,

- die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- die dennoch von Patienten nachgefragt werden und
- die ärztlich empfehlenswert oder - je nach Intensität des Patientenwunsches - zumindest ärztlich vertretbar sind.

Die „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) werden zwischen Arzt und Patient vereinbart und privat abgerechnet. Das Konzept der individuellen Gesundheitsleistungen zielt in erster Linie darauf ab, eine leistungsrechtliche Klarstellung in Bezug auf diejenigen ärztlichen Maßnahmen zu treffen, die nicht Gegenstand der Gesetzlichen Krankenversicherung sind und damit auch nicht zur kassenärztlichen Versorgung gehören.

- [Weitere Informationen](#)

Koordinierte und strukturierte psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung

Seit dem 1. Oktober 2022 gibt es ein neues Versorgungsprogramm, mit dem die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen verbessert werden soll. Vermeidbare Krankenhausaufenthalte und Brüche beim Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sollen vermieden werden; Betroffenen soll geholfen werden, möglichst stabil und selbständig zu leben. Hierfür arbeiten Ärzte, Koordinierungspersonen, ambulante Versorger wie z. B. Ergotherapeuten und Krankenhäuser eng vernetzt zusammen.

Netzverbund und Kooperationspartner: Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbünden zusammen. Diese kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie anderen Gesundheitsberufen wie der Sozio- und Ergotherapie. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder Dienste hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut: Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten einen festen Ansprechpartner. Dieser erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Koordination: Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft, zum Beispiel einer Medizinischen Fachangestellten, einem Sozialarbeiter oder einer Pflegefachkraft ausgeführt.

Behandlungsplan und Fallbesprechungen: Es wird für jede Patientin und jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Ziele und Maßnahmen aufgeführt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen wird die Therapie besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Schneller Zugang: Betroffene, die sich an einen Netzverbund wenden, sollen möglichst innerhalb von 7 Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für die sich anschließende differentialdiagnostische Abklärung.

Ob es bereits Netzverbünde in Ihrer Region gibt und wie diese zu erreichen sind, finden Sie [hier](#)

Eine Darstellung des Versorgungsprogramms in Schaubildern finden Sie [hier](#)