

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

ausführliche Hintergrundinformationen

Zielgruppe Kinder und Jugendliche bzw. Erziehungsberechtigte

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.....	7
5.1 Versorgungsplanung	7
5.2 Einzelfallberatung	7
5.3 Case Management	8
5.4 systemischer Ansatz	8
5.5. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung.....	9
6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten.....	10
6.1 Strukturierte Zuweisung	13
6.2 Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung.....	14
6.3 Dokumenteneinsatz	14
7. Rechtsgrundlagen	14
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	14
7.2 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	15
7.3 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V.....	15
7.4 Pflegeberatung nach §7a SGB XI	15
7.5 Weitere rechtliche Grundlagen.....	16

1. Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

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 organpathologische 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.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen, kognitiven oder motorischen Auffälligkeiten und Störungen sowie verhaltensbedingten und chronischen Erkrankungen nehmen kontinuierlich zu. Rund 14 % haben komplexe Versorgungsbedarfe, die die Familien nicht immer allein koordinieren können. Oft liegen belastende Kontextfaktoren aus der sozialen oder familiären Lebensumwelt der Kinder und Jugendlichen vor, wodurch die geistige Anpassungsfähigkeit und soziale Kompetenzen beeinträchtigt sein können.⁴

Auf dieser Grundlage wird in komplexen Versorgungssituationen eine interdisziplinäre Kooperation angestrebt, in welcher der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg (SD) ergänzend 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

- Bildung
- Interaktion mit Anderen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung im häuslichen Leben
- Erwerbsleben
- Erzieherische Aspekte
- Strukturierung des Alltags
- Suchtverhalten

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 Schlack, H./ Thyen, U./ von Kries, R. (2009). Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 2-15.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

Im SD der AOK Baden-Württemberg 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 bzw. Erziehungsberechtigten herzustellen. Für die Versicherten und ggf. deren Erziehungsberechtigte sollen so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung erreicht 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, Stabilisierung des sozialen Bezugssystems und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Der/dem Versicherten bzw. Erziehungsberechtigten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Versorgungsgestaltung in einer für sie/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 der/des einzelnen Versicherten bzw. Erziehungsberechtigten 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
- Stabilisierung sozialer Bezugssysteme
- 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 Hausarzt-/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 bzw. für deren Erziehungsberechtigten an, bei Kindern **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erhält von dem SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigten, wenn die Kinder z.B. Langzeiterkrankungen, psychischen Erkrankungen, adoleszenzbedingte Störungsbilder, eine Pflegebedürftigkeit etc. haben. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die/der Versicherte bzw. Erziehungsberechtigte/r im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erreicht der SD frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/-patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen zur weiteren Stabilisierung in die Wege leiten. Ziel der Beratung von Erziehungsberechtigten mit schwerwiegenden Kontextfaktoren ist es, eine Stabilisierung dieser herzustellen, um so das soziale Bezugssystem als Ressource wieder verfügbar zu machen und den Erkrankungsverlauf der Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Zielgruppe Erziehungsberechtigte (erkrankter Kinder)

Kinder mit manifesten und/oder schwerwiegenden chronischen Erkrankungen bedürfen einer gut strukturierten Behandlung und eines stabilen sozialen Netzwerkes, um geeignete Hilfeleistungen in Anspruch nehmen zu können. Deshalb sollen Erziehungsberechtigte und deren Kinder mit folgenden Erkrankungen/Versorgungssituationen ein Unterstützungsangebot erhalten:

- Psychische Erkrankungen (insbesondere Depression, Angststörung und Essstörungen)
- Pflegebedürftigkeit (körperliche, geistige, seelische Behinderung)

Die Erkrankung des eigenen Kindes kann zu seelischen Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, sodass bspw. bei nachfolgenden **psychosozialen Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Probleme in der Schule, Ausbildungsstelle oder am Arbeitsplatz (z. B. vermeidendes Verhalten, Unsicherheit, Unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z.B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)

- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der Erkrankung des Kindes bzw. der Eltern und der Krankheitsbewältigung
- Problem mit Verlust / Scheidung / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen
- Suchtverhalten
- Verhaltensproblematik
- und anderes.

Zielgruppe Jugendliche (Adoleszenz)

Besonders bei Jugendlichen ab 15 Jahren können psychische Erkrankungen und Krisen auftauchen, diemit den aufkommenden Entwicklungsaufgaben, der Identitätsfindung und des entstehendes Autonomiebedürfnisses zusammenhängen.⁵ Hierbei kann das Beratungsangebot direkt an die Erkrankten gerichtet werden, um situativ auf Hilfebedarfe eingehen zu können und den Jugendlichen ein geschütztes Austauschmedium zur Verfügung zu stellen. Die gezielte Begleitung des Transitionsprozesses kann die Koordinierung und Sicherung der Versorgungskontinuität gewährleisten und die jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenzentrierten Versorgung sicherstellen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung und der Aushandlungsprozess spielen hierbei eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz der geplanten Maßnahmen. Dabei können nachweislich positive Effekte wie die Förderung von Selbstmanagement-Fähigkeiten, Erleichterung des Berufseinstieges und Vermeidung von Chronifizierung erreicht werden. Für das Beratungsangebot ist es sinnvoll zu klären, ob ein gewisser Reifegrad und Unabhängigkeit der/des Jugendlichen gegeben ist.

Begleitungsprozess

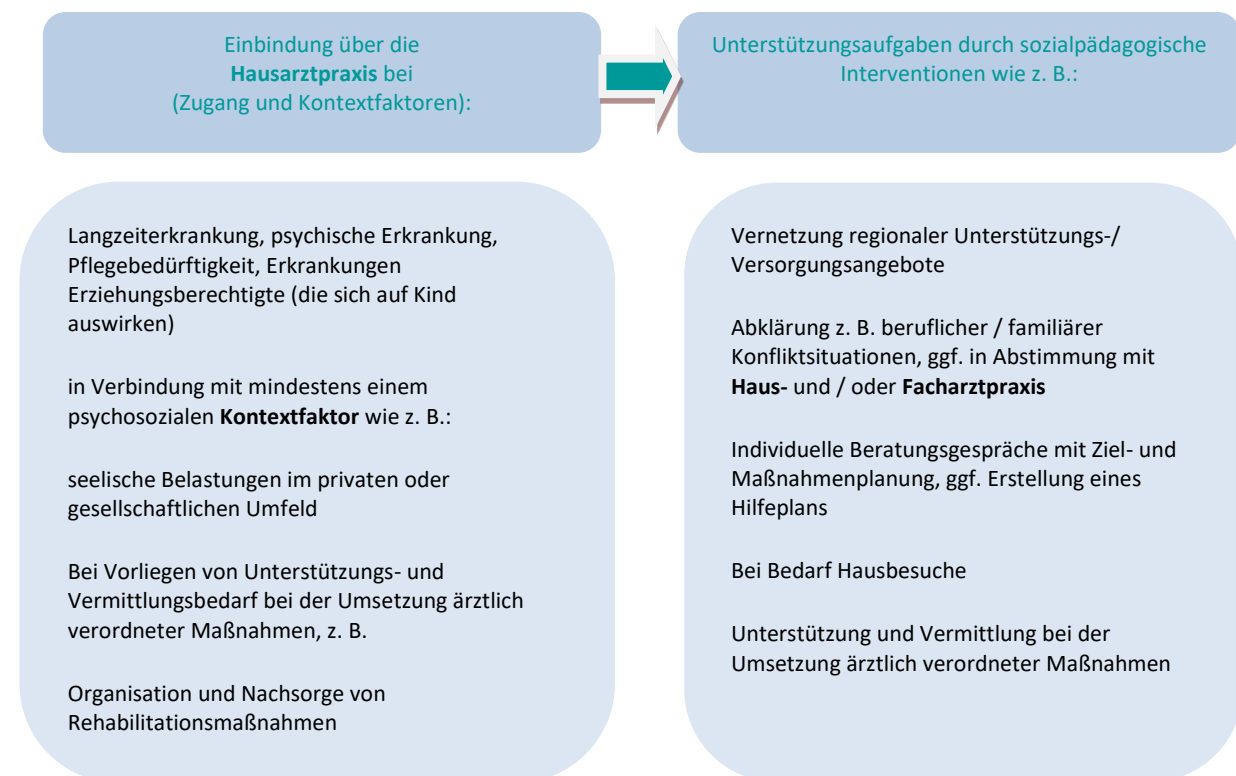
Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei Kindern/Jugendlichen bzw. Erziehungsberechtigten mit einer spezifischen Diagnose und mit mindestens einem der o.g. Kontextfaktoren durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- 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
- Zugang zu Teilhabe an Bildung und Gesellschaft ermöglichen
- Vermittlung adäquater externer Unterstützungsangebote im Sozialraum
- Berücksichtigung der Schule, des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher/sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation/Nachsorge
- Unterstützung beim Umgang mit Tod und Sterben.

5 Vgl. Schlack, H./ Thyen, U./ von Kries, R. (2009). Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S.413.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die in [Kapitel 7](#) aufgezeigten gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁶.

Die **Haus-/Facharztpraxis** kann zudem den SD als kompetente 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 den Versicherten durch den SD ergeben.



Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft der/des Patientin/ Patienten bzw. Erziehungsberechtigten nach biopsychosozialer Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis und die Patientin / den Patienten bzw. Erziehungsberechtigten, bei denen eine instabile Versorgungssituation mit psychosozialen Kontextfaktoren vorliegt:
Soziale, schulische, berufliche, familiäre Problemsituationen
- **Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis** als Lotsin und Koordinatorin.

Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

6 §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 & schulische & 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 Problemlösung⁷. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁸.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

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

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

8 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 Prozess⁹:

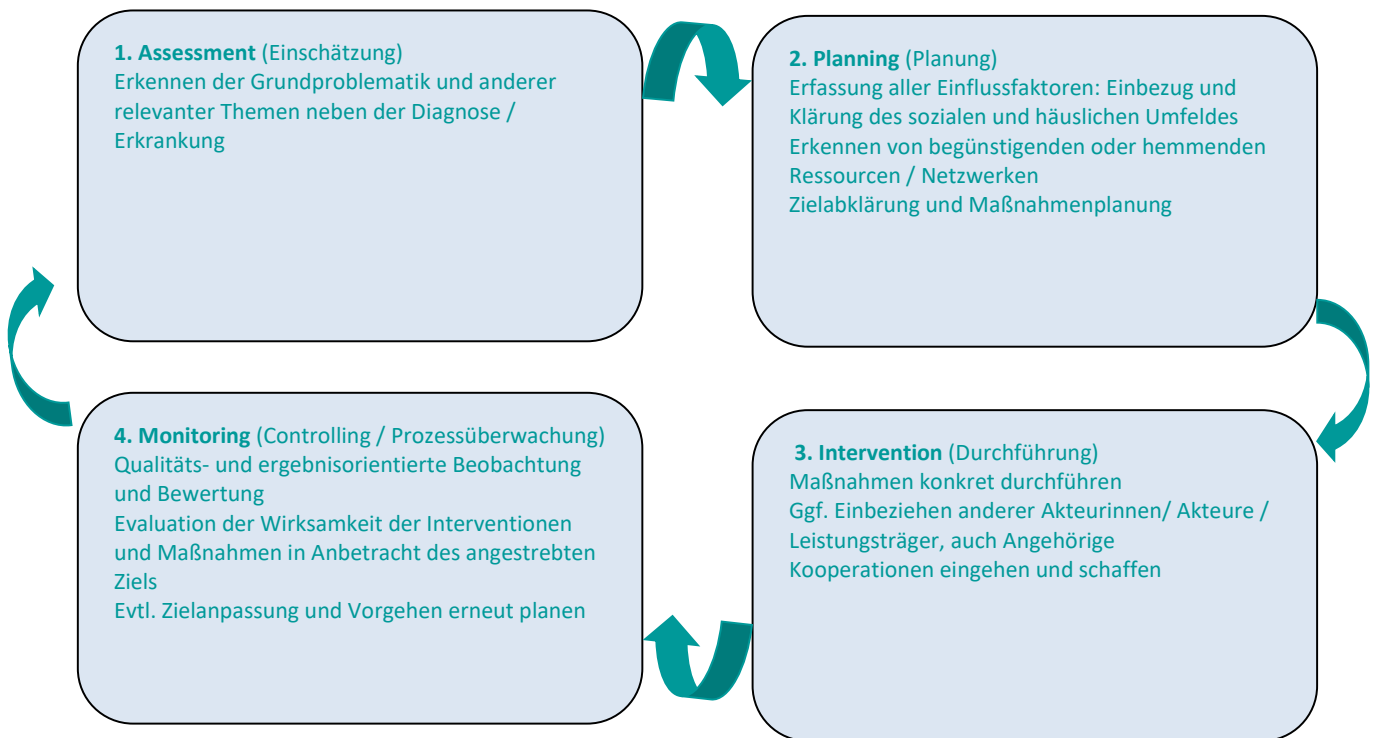


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

5.4 systemischer Ansatz

Die Familie als System beeinflusst Kinder und Jugendliche ungemein. Hier werden in der Regel auch Bewältigungsstrategien für Probleme des Alltags erlernt aber auch für den Umgang mit Erkrankungen. Ist das familiäre System selbst instabil und die Erziehungsberechtigten haben selbst Nöte wie berufliche und gesundheitliche Probleme kann diese Ressource für die Kinder und Jugendlichen wegfallen. Haben die Eltern beispielsweise eine psychische Erkrankung oder eine Suchtstörung leiden die Kinder unter den Symptomen der erkrankten Eltern und versuchen Aufgaben zu übernehmen, die nicht altersgerecht sind. Dadurch ergibt sich ein erhöhtes Risiko einer psychischen Erkrankung der Kinder.¹⁰ Um dies zu verhindern bzw. zu bewältigen, können Hilfesysteme installiert werden, wodurch die Erziehungsberechtigten und somit auch die Kinder und Jugendlichen unterstützt werden und der Alltag wieder besser gelingen kann. Hilfesysteme können bspw. aus Haus- und Facharztpraxen,

⁹ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

¹⁰ Vgl. Gahleiter/Hintenberger/Leitner (2013): Biopsychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen heute – eine zunehmende Herausforderung. Ausgabe 02/2013, S. 114.

Psychotherapie, Jugendhilfe, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen bestehen. Aber auch die Inanspruchnahme von sozialen Leistungsbezügen (finanzielle Absicherung, Ausgleich Schwerbehinderung, Pflegeleistungen etc.) können die Gesamtsituation positiv beeinflussen.

5.5. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation bzw. „Interprofessionalität“ bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.¹¹ Im Gesundheitswesen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, 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 Dienstleistern der örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD bewegt sich mit seinem Auftrag innerhalb aller 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.

Abgrenzung Jugendhilfe

Der SD nutzt im Rahmen der sozialpädagogischen Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung unter anderem auch das Netzwerk der Jugendhilfe, um die Familien mit erkrankten Kindern optimal zu unterstützen. Nichtsdestotrotz ist es nach [§ 8a SGB VIII „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“](#) bei

¹¹ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2018: Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin/Heidelberg, S. 282.

gewichtigen Anhaltspunkten zwingend notwendig, dass die Jugendhilfe durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis direkt eingeschaltet wird. Hierbei handelt es sich um Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl der des Kindes oder Jugendlichen gefährden, unabhängig davon, ob sie durch eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten bestehen. Dabei kann es sich um

- körperliche und seelische Vernachlässigung,
- seelische Misshandlung,
- körperliche Misshandlung und
- sexuelle Gewalt

handeln.

6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten

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

Der SD und die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führen dazu, dass frühzeitig Kontakt zu Versicherten mit Unterstützungsbedarf aufgenommen wird und Versicherte bzw. Erziehungsberechtigte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Auf dieser Grundlage soll die Versorgung der Patientinnen/Patienten und Erziehungsberechtigter 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis (sogenanntes „Unterstützungsmanagement“). Die Mitarbeitenden des SD sind fachkompetente Ansprechpartner/innen für die Vertragspraxen bei Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigten mit komplexen Krankheitsaspekten in Verbindung mit psychosozialen Aspekten, wenn zur Gestaltung einer effizienten Versorgung eine Zusammenarbeit des SD mit der

Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis 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 sollten schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte beinhalten:

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

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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis. Der regionale SD stellt sich zu Beginn einer Kooperation in der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis vor. Die Ärztin/ Der Arzt bzw. VERAH/MFA können den SD über den Wunsch zur Unterstützung schriftlich über das 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 bzw. die Erziehungsberechtigten stehen mit ihren individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt und wird von allen Beteiligten in der Stabilisierung seiner gesundheitlichen Lage unterstützt. Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis fungiert in der Rolle als Lotsin und Koordinatorin in der interdisziplinären Versorgung und bezieht bei Notwendigkeit weiterer medizinische Interventionen Facharztpraxen ein bzw. wird von diesen eingebunden:

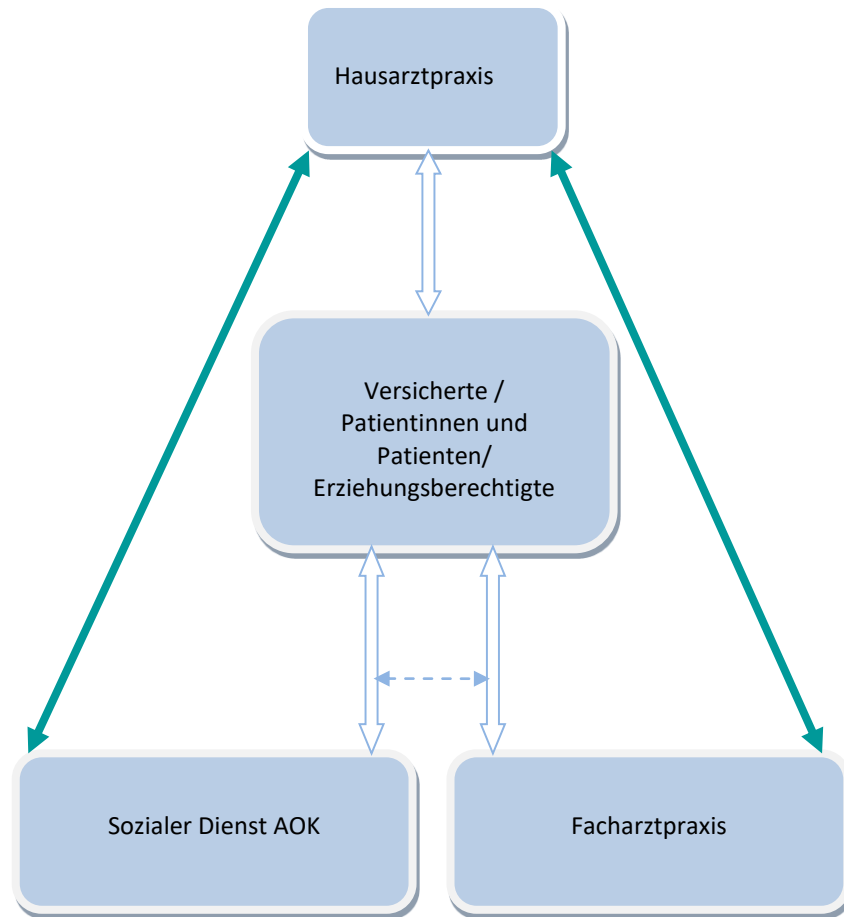


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen (Anhang 1 zu Anlage 19) über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹²:

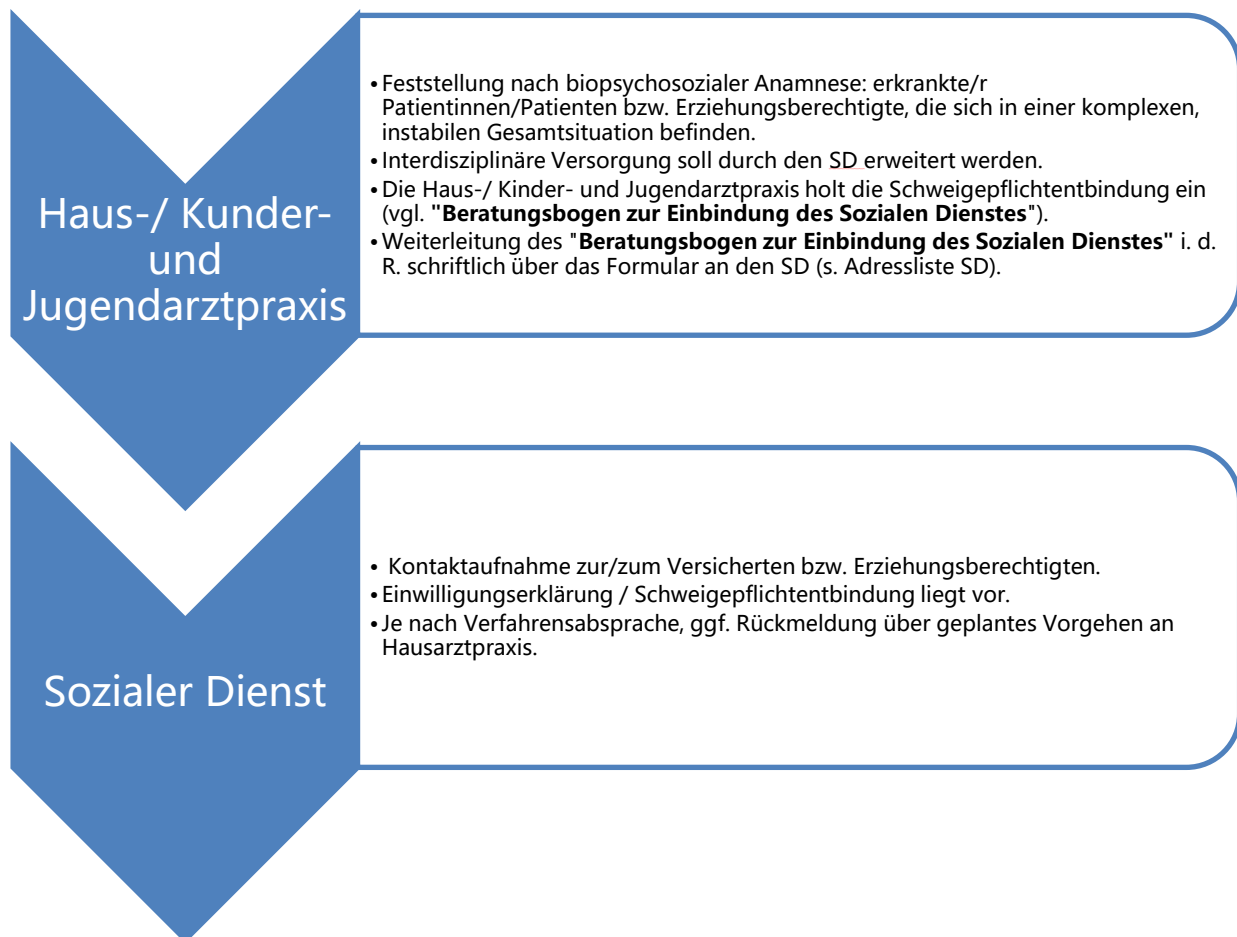


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erfolgen. 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

¹² 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis und dem SD beinhaltet unter anderem auch Schnittstellen zum Facharztvertrag „Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Der SD findet jedoch auch direkte Kooperationen zwischen Psychotherapie- und psychiatrischen Facharztpraxen statt, weshalb eine Einbindung im Rahmen dieser Zusammenarbeit geschehen kann. Um eine ganzheitliche medizinische Versorgung für die Patientin/ den Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten sicherzustellen, sollte in der Regel ein Austausch zwischen Haus-/ und Facharztpraxis erfolgen.

6.3 Dokumenteneinsatz

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ gilt als Auftragsformular und wird i.d.R. von der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis an den SD übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten. 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten erfolgen kann. Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten vor, gibt der SD nach Rücksprache mit ihr/ihm über die Inhalte eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis 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 in verschiedene Versorgungsbereiche. 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.

7.2 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 /Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte an strukturierten Qualitätszirkeln, im hausärztlichen Bereich zur Arzneimitteltherapie bzw. im pädiatrischen Bereich zu spezifischen Versorgungsthemen (gem. best clinical practice) unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche resp. pädiatrische Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische bzw. pädiatrietypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, Prävention, Sozialpädiatrie.
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

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

7.3 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

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](#) 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis die Lotsenfunktion übernimmt. Insbesondere hinsichtlich der Koordinierung der Versorgung soll die Kompetenz des SD umfassend und konsequent genutzt werden.

7.4 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 Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis 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. Die enge Zusammenarbeit mit den Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis ist deshalb eine zentrale Bedeutung zuzuschreiben.

7.5 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, 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.