

Integrierte Versorgung "Rückenschmerz" von A-Z

Begriff	Erklärung
Arbeitsunfähigkeit	<p>Vier Prozent der gesamten Arbeitskraft in Deutschland gehen wegen Rückenschmerzen verloren. Durchschnittlich fallen jährlich für jeden Versicherten der AOK Baden-Württemberg wegen Rückenerkrankungen 5,8 Fehltage an. Wobei die Fehltage in den verschiedenen Altersgruppen von 2,6 Tagen bei den 20 bis 29-Jährigen auf bis zu 10,7 Tage in der Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren steigen. Mit weitem Abstand folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 2,8 Fehltagen.</p>
AOK Baden-Württemberg	<p>Die AOK Baden-Württemberg umfasst 38 AOK-Bezirksdirektionen mit über 300 KundenCentern. 4 Millionen Menschen sind AOK-versichert (über 2,8 Millionen Mitglieder und knapp 1,2 Millionen mitversicherte Familienangehörige).</p> <p>Von der AOK werden rund 255.000 Arbeitgeber im Lande betreut. Das jährliche Ausgabenvolumen bei der Kranken- und Pflegeversicherung beträgt rund 10 Milliarden Euro. Rund 7.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind bei der AOK Baden-Württemberg beschäftigt.</p> <p>Der Beitragssatz der AOK Baden-Württemberg beträgt 14,9% und wird ab 1.7.2005 auf 14,0 % sowie ab 1.09.2005 auf 13,9% abgesenkt.</p> <p>Die AOK Baden-Württemberg ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung von Versicherten- und Arbeitgebervertretern. Mehr Infos unter: www.aok.de/bw</p>
AOK-RückenStudio	<p>In diesen Studios wird das AOK-RückenKonzept umgesetzt. Landesweit gibt es bisher 17 AOK-RückenStudios, bis Anfang 2006 soll es in allen Regionen von Baden-Württemberg umgesetzt werden. Ziel ist es, an speziellen Trainingsgeräten den Funktionszustand der Rückenmuskulatur zu verbessern und zu stabilisieren. Durchgeführt wird das AOK-RückenKonzept von speziell qualifizierten AOK-Sportexperten, die die Teilnehmer individuell betreuen.</p>

<p>Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)</p>	<p>Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. ist ein Zusammenschluss von insgesamt 359 Trägern mit 275 Krankenhäusern, 249 Pflege- und 112 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die über insgesamt 100.379 Betten verfügen. Sie wurde 1953 von den vier regionalen Krankenhausverbänden und -arbeitsgemeinschaften gegründet, die es damals auf dem Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg gab. Die BWKG steht baden-württembergischen Einrichtungen offen, unabhängig von deren Rechtsform und Trägerstruktur. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.</p> <p>Die vorrangige Aufgabe der BWKG ist es, die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber dem Staat, den Krankenkassen und der Öffentlichkeit zu vertreten. Dabei reicht das Leistungsspektrum von der Erfüllung hoheitlicher Aufgaben über die Beratung der Mitglieder bis zur Bearbeitung grundsätzlicher Fragen des Gesundheitswesens.</p>
<p>Behandlungspfad der Integrierten Versorgung bei Rückenschmerzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt stellt klinische Diagnose (akuter oder chronischer Rückenschmerz) und entscheidet über Therapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Einschaltung Facharzt in „festgelegten“ Fällen („Red Flags“) ○ Präventionsempfehlung ○ 4-wöchige Therapie • Facharzt stellt fachspezifische Diagnose (einschließlich psychosozialer Komorbiditäten) und entscheidet problemorientiert über <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterbehandlung durch Hausarzt mit Therapieempfehlung ○ Zeitlich limitierte ambulante fachärztliche Behandlung ○ Vorstellung in einer wirbelsäulenchirurgischen Fachabteilung ○ Einleitung einer ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme • Klinik, Rehabilitation und spezielle Schmerztherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach nicht erfolgreicher Behandlung oder bei Vorliegen somatischer Warnsymptomen (Operationsindikation ja/nein?) setzt die wirbelsäulenchirurgische Fachabteilung die Behandlung fort ○ Rücküberweisung an Hausarzt ○ Rehabilitationsmaßnahme ○ Schmerztherapie • Rücküberweisung an Hausarzt mit Therapieempfehlung

Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (Satzungsauszug)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wahrung und Förderung des Ansehens sowie der beruflichen und wirtschaftlichen Belange innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft im Rahmen der Standesorganisationen der Kammerbereiche. 2. Förderung der Fortbildung der Ärzte in hausärztlicher Tätigkeit, insbesondere der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin 3. Zusammenfassung und Repräsentanz der Ärzte im Bereich des Verbandes und Herstellung persönlicher Verbindungen unter diesen. 4. Vertretung der Ärzte des Verbandsbereichs im Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands e.V.
Bürokratie	<p>Die AOK setzt auf Bürokratie "light", d.h. durch die integrierte Versorgung Rücken wird lediglich die nach dem Berufsrecht für die Ärzte erforderliche Dokumentation gefordert wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Größe, Arbeitsunfähigkeitszeiten usw. Es werden auch keine zusätzlichen Daten für die AOK dokumentiert oder von den Leistungserbringern abgefragt.</p>
Ein-Prozent-Regelung (Anschubfinanzierung)	<p>Nach § 140 d SGB V können bei Vorliegen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung bis zu 1 % der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und bis zu 1 % der Krankenhausrechnungen einbehalten werden und diese Beträge entsprechend zur Finanzierung eingesetzt werden.</p>
Fachärztliche Versorgung durch: Orthopäde Psychotherapeut oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiater oder Nervenarzt, jeweils mit Zusatz Psychotherapie Schmerztherapeut, Schmerztherapeutische Konferenz	<p><u>Untersuchungsmethoden:</u></p> <p>Röntgen, andere apparative Untersuchungen, fachspezifische Diagnostik (inkl. Veranlassung spezifischer Konsiliaruntersuchungen) und Therapie (Injektionen, Chirotherapie, Heilmittel, Orthesen, Beratung)</p> <p>Psychotherapeutische Diagnostik und Therapie</p> <p>spezielle Schmerztherapie (Injektionen, Katheter, Medikation, evtl. Psychotherapie), interdisziplinäres Konsilium</p>

Grundsätze und Ziele der Integrierten Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverpflichtung zur evidenzbasierten und leitliniengerechten Medizin mit der Möglichkeit einer begründeten Abweichung • Verbesserung der Behandlungscoordination • Sachorientierte Festlegung des Behandlers/der Behandlungsstätte • Regelungen beim Wechsel des Behandlers/der Behandlungsstätte
Hausarztbasiert	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose und Behandlung nicht chronifizierter Rückenschmerzen • Versorgung und Koordination einer auf die Lebenssituation individuell abgestimmten versorgungsebenen- und leistungssektorenübergreifenden Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Betreuung des Patienten bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfeldes ○ Koordination von diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen ○ Zusammenführung, Bewertung, Aufbewahrung und Bereitstellung der unterschiedlichen Dokumentationen der Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ○ Einleitung, Durchführung und Integration von präventiven, rehabilitativen Maßnahmen sowie nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste
Hausärztliche Versorgung	<u>Ablauf der hausärztlichen Versorgung:</u> Anamnese, klinische Untersuchung, Diagnose, Differentialdiagnose, Medikation, Heilmittel, ggf. Chirotherapie, Prävention, Beratung, Nachsorge
Integrierte Versorgung	<p>Gesetzlich verankert ist die Integrierte Versorgung in den §§ 140a ff., SGB V: "... können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung... abschließen".</p> <p>Die AOK Baden-Württemberg setzt im Rahmen des Rückenprojekts auf die Vernetzung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der ambulanten, stationären und rehabilitativen Angebote und somit auf eine sektorenübergreifende Versorgung.</p> <p>Neben einer Steigerung der Versorgungsqualität sollen zugleich Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden (Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten).</p>

Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesweit kostet die Versorgung von an Rückenschmerz Erkrankten ca. 26 Milliarden Euro. • Die AOK Baden-Württemberg rechnet für die Integrierte Versorgung "Rückenschmerz" mit jährlichen Mehraufwendungen von ca. 5 Mio. Euro für <ul style="list-style-type: none"> ○ zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen und Koordinationsleistungen bei den Hausärzten, ○ die schnelle Terminvergabe bei den Fachärzten/ Krankenhäusern und die ○ Kosten für die Zweitmeinung vor operativen Eingriffen. • Durch unkoordinierte Behandlung und Wartezeiten bei Wechsel des Behandlers bzw. der Behandlungsstätte besteht oft Arbeitsunfähigkeit. Ziel ist es, diese Zeiten deutlich zu reduzieren. Bei einer angestrebten durchschnittlichen Reduktion von zwei Arbeitsunfähigkeitstagen bzw. 12 % in jedem Krankheitsfall ist die Refinanzierung bereits erreicht. Die durchschnittlichen Krankheitstage je Versicherten würden von 5,8 Tage auf 5,1 Tage zurückgehen.
Krankheitshäufigkeiten (Prävalenzen)	<p>Rückenleiden zählen zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Bevölkerung. Zugleich stellen sie einen der häufigsten Behandlungsanlässe in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung dar.</p> <p>70 % der Bevölkerung leiden mindestens ein Mal jährlich an Rückenschmerzen, 80 % erkranken ein Mal in ihrem Leben an Rückenschmerzen.</p> <p>Die Krankheit tritt besonders häufig bei Personen zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr und somit bei Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen auf.</p> <p>Die unspezifischen nicht chronischen Rückenschmerzen haben eine sehr gute Prognose. 80 bis 90 % sind nach 4 Wochen beschwerdefrei. Nachdem insbesondere die chronischen Rückenschmerzen hohe Krankheitskosten verursachen, wird angestrebt, die Chronifizierung zu vermeiden. Derzeit liegt deren Anteil bei ca. 8 bis 10 %.</p>
LVA Baden-Württemberg (LVA)	<p>Die LVA ist Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Arbeiter im Land. Mehr als 3,5 Millionen Versicherte sind durch die LVA geschützt: im Alter, bei verminderter Erwerbsfähigkeit und Angehörige bei Tod des Versicherten. Für Menschen mit Behinderung ist die LVA der größte Reha-Träger im Land.</p>

Patientenakte	Der Patient erhält eine Patientenakte, in der alle Behandlungsdaten, Befunde und Arztbriefe eingefügt werden, damit Patient und weiterbehandelnde Leistungserbringer umfassend informiert werden. Dadurch werden unnötige Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlung beschleunigt. Der Patient ist Herr seiner Akte und entscheidet selbst, welcher der weiterbehandelnden Leistungserbringer die Patientenakte sehen soll.
Prävention/AOK-RückenKonzept	Der behandelnde Arzt kann Patienten die Teilnahme an dem AOK-RückenKonzept empfehlen. Das AOK-RückenKonzept wurde speziell gegen Rücken- und Nackenbeschwerden entwickelt und besteht aus einer einzigartigen Kombination aus dynamischem Krafttraining an speziellen Trainingsgeräten, funktionsgymnastischen Übungen, Stretching und ergonomischem Verhaltenstraining. Unter Anwendung der entsprechenden Geräte wird die Nacken- und Rückenmuskulatur in einem zwölfwöchigen Programm gezielt und effizient aufgebaut.
Qualität/Qualitätssicherung	<p>1. Instrumente der Qualitätssicherung sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befragungen der Kunden und Integrationspartner, • Qualitätszirkel, • Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen und • die Erhebung und Auswertung von Indikatoren zur Messung der Qualität der Koordinationsprozesse und der Behandlung <p>2. Die Leistungserbringer nehmen an den Qualitätssicherungsmaßnahmen teil.</p> <p>3. Befragungen der Patienten und Leistungserbringer werden jährlich, erstmalig sechs Monate nach Inkrafttreten des Vertrages, durchgeführt.</p>
Red Flags	<p>"Red Flags" (Rote Flaggen) bezeichnen Warnhinweise, bei deren Vorliegen der Hausarzt sofort den Facharzt einschalten muss. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cauda equina-Syndrom (akuter, schwerer Kreuzschmerz, Reithosenanästhesie [Gefühlsstörungen im Anogenitalbereich], schweres und progressives neurologisches Defizit, Blasen-/Mastdarmstörungen) • Progressive neurologische Störungen und/oder schwere progressive Symptome • Neurologisches Defizit (Muskelschwäche und/oder Reflexverlust) • Fraktur

	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor • Infektion • Frühere Wirbelsäulenoperation mit anhaltendem Schmerz • Chronisches Schmerzsyndrom • Extraspinale Störungen (z. B. Darmerkrankungen, Gefäßerkrankungen, urogenitale Erkrankungen)
Rehabilitation und Nachsorge	Ganzheitliche Therapie von Behinderungen und Fähigkeitsstörungen zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben
Rückenschmerzen	<p>Rückenschmerz ist ein Symptom. Ursächlich können die verschiedensten Erkrankungen der Wirbelsäule und Störungen außerhalb der Wirbelsäule sein. Er lässt sich nach seiner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation (z.B. tiefer Rückenschmerz = Kreuzschmerz), • Ursache (z.B. Bandscheibenvorfall), • zeitlichen Dynamik (z.B. chronischer Rückenschmerz) und • Art (spezifisch [identifizierte ursächliche morphologische Läsion] oder unspezifisch) <p>differenzieren.</p>
Stationäre Versorgung Wirbelsäulenchirurgische Fachklinik	<u>Untersuchungen, die in dieser Fachklinik stattfinden:</u> Röntgen/CT/MR/Neurologie, Therapieindikation, ggf. stat. kons. oder operative Therapie
Schmerztherapie in Fachklinik	Stationäre multimodale Schmerztherapie
Terminvergabe	<p>Hausarzt: Versicherte erhält vom gewählten teilnehmenden Hausarzt innerhalb 24 Stunden einen Konsultationstermin.</p> <p>Facharzt: Der Facharzt soll spätestens am dritten Werktag nach Vorlage der Überweisung des Hausarztes mit der Behandlung beginnen.</p> <p>Krankenhäuser: Die teilnehmenden Krankenhäuser sollen die Patienten der integrierten Versorgung in der Regel binnen drei Werktagen nach Überweisung zur Aufnahmeuntersuchung aufnehmen. Bei notwendiger stationärer Behandlung erfolgt schnellstmögliche Aufnahme.</p>

Vergütungen	<u>Hausarzt:</u> Motivation und Aufklärung des Patienten 10 Euro <u>Haus- und Facharzt:</u> 15 Euro im Kalendervierteljahr <u>Krankenhaus:</u> 30 Euro je Krankenhausfall 70 Euro für die Zweitmeinung
Vorteile für den Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Hochwertiges Präventionsangebot • Qualitätsgesicherte Behandlung • Koordination der Behandlung durch den Hausarzt • Schnelle und verbindliche Terminvergabe beim Wechsel des Behandlers bzw. der Behandlungsstätte • Anspruch auf Zweitmeinung vor einem planbaren operativen Eingriff • Standardisierte Dokumentation über Diagnose und Therapie bei allen Behandlern und Behandlungsstätten • Patientenakte
Zweitmeinung	Jeder operative Eingriff ist mit unterschiedlichen Erfolgsaussichten und diversen Risiken verbunden. Deshalb können Patienten auf ihren Wunsch eine Zweitmeinung einholen. Der Zweitbeurteiler hat sein Ergebnis kurz schriftlich zu begründen und gegenüber dem Patienten und dem behandelnden Hausarzt zu kommunizieren. Die Zweitmeinung setzt einen persönlichen Kontakt zwischen Patient und dem die Zweitmeinung erbringenden Arzt voraus.

Stand: 21.06.2005