Anhänge 1 - 13 zu Anlage 17 zum Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Orthopädie / Rheumatologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zu Anlage 12 und Anlage 12a

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie
Vier Informationsstufen bei muskoskelettalen Erkrankungen
Evidenzbasierte Patienteninformation mit Links, Quellen usw.
u.a.:

1. Informationsstufe:
   Allgemein zur Funktion und Anatomie
2. Informationsstufe:
   Zu Gesundheit im Alltag
3. Informationsstufe:
   Zu Gesundheitsangeboten der AOK/Bosch BKK
4. Informationsstufe:
   Zur Selbsthilfe vor Ort

Anhang 2: Schnittstellenkommunikation:
Befundbericht ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE→ HAUSARZT
Begleitschreiben HAUSARZT → ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE

Anhang 3: Unbesetzt

Anhang 4: Sozialer Dienst AOK/Patientenbegleitung Bosch BKK

Anhang 5: AOK-Sports für ORTHOPÄDEN

Anhang 6: AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP für ORTHOPÄDEN/HAUSÄRZTE

Anhang 7: Hilfsmittel Grundsatz

Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator

Anhang 9: Heilmittelversorgung

Anhang 10: Medizinische Rehabilitation

Anhang 11: Richtige Kodierung – Internistische Rheumatologie

Anhang 12: Medikamentöse Beratung – Internistische Rheumatologie

Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring – Internistische Rheumatologie

Überblick zur Gestaltung der Versorgung

Anlage 17

Anlage 17, Anhänge 1 - 13

Evidenzbasierte Begründung

Anlagen 12/12a

Anlage 17 mit Anhängen 1-13 im Überblick

Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie

- ✓ Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote & Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag (4 Informationsstufen)
- ✓ Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag
- ✓ Grünes Rezept

Anhang 2: Schnittstellenkommunikation

- ✓ ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE→ HAUSARZT Befundbericht
- ✓ HAUSARZT → ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE

Anhang 3: Unbesetzt

Anhang 4: Sozialer Dienst AOK/ Patientenbegleitung Bosch BKK

- ✓ Beratungsbogen Sozialer Dienst AOK/Patientenbegleitung Bosch BKK inklusive Fallkonferenz

Anhang 5: AOK-Sports für ORTHOPÄDEN

- ✓ AOK-Sports-Antrag als Voraussetzung für die AOK-Sports-Behandlung bei sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich

Anhang 6: AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP für ORTHOPÄDEN/HAUSÄRZTE

- ✓ Spezielles Angebot der AOK Baden-Württemberg für Patienten nach Hüft- und Knie-TEP

Anhang 7: Hilfsmittel-Grundsatz

Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator

Anhang 9: Heilmittelversorgung

Anhang 10: Medizinische Rehabilitation

Anhang 11: Richtige Kodierung – Internistische Rheumatologie

Anhang 12: Medikamentöse Beratung – Internistische Rheumatologie

Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring – Internistische Rheumatologie

Anlage 17, Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie

Im Arzt-Patienten-Gespräch findet eine evidenzbasierte Patienteninformation statt. Zur Unterstützung wurden der **„Hinweis auf Beratungs- und Hilfsangebote & Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag“** (vier Informationsstufen) sowie die **„Beratungsempfehlungen“** entwickelt. Diese sind dem Patienten nach dem Gespräch ausgefüllt zu übergeben.

Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote & Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag

1. Informationsstufe: Allgemein zur Funktion und Anatomie, z.B.

- Funktionsweise Knie-/Hüftgelenk, Wirbelsäule, Knochen, Muskeln, Bewegungsapparat
- Prophylaxe der Osteoporose, Aktivität zur Förderung der Muskelkraft und Koordination, Sturzprophylaxe
- Prävention bei Knie- und Hüftgelenksarthrose wie Vermeidung von kniebelastenden Aktivitäten, gelenkschonender Sport, Gewichtsoptimierung
- Richtige Bewegung und Ernährung, auch bei entzündlichen Gelenkerkrankungen
- Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote
- Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag

www.gesundheitsinformation.de
www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de
www.unabhaengige-patientenberatung.de

2. Informationsstufe: Zu Gesundheit im Alltag, z.B.

- Eigenübungen
- Bewegung im Alltag, wie Radfahren, Wandern, Schwimmen,
- Aqua-Gymnastik, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen zunächst aufwärmen z.B. durch Radfahren, Walking, zudem mit Cool-down Phase, auch isometrische Anspannungsübungen, Thai-Chi
- Funktionstraining & Rehasport (Muster 56)
- Nikotinstopp z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „rauchfrei Ausstiegsprogramm“(www.rauchfrei-info.de & http://www.rauchfrei-programm.de/)
- Vermeidung von Sportarten mit hoher Verletzungsgefahr
- Regionale Sport- und/oder Turnvereine zur Gruppenförderung und Motivation, Rezept für Bewegung über den DOSB www.dosb.de & https://gesundheit.dosb.de/angebote/rezept-fuer-bewegung & https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung/
- Gewichtsoptimierung
- Gesundheitsbewusste Ernährung, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen mediterrane und damit eher basisch ausgerichtete Küche mit Gemüse, Obst, Salat (mit milden Saucen) und eher vegetarisch ist besonders empfehlenswert (www.rheuma-liga.de, www.dge.de)
- Förderung der psychischen Gesundheit, z.B. soziale Kontakte, Bewegung (Gruppenangebote)

www.wlsb.de (Württembergischer Landessportbund e. V.)
www.landeszentrum-bw.de (Landeszentrum für Ernährung Baden-Württemberg)

AOK FACHARZT PROGRAMM BOSCH BKK MEDIVERBUND

+++ Weitere Infos unter www.aok-bw.de/orthopaedie +++ Weitere Infos unter www.aok-bw.de/orthopaedie +++

AOK FACHARZT PROGRAMM

Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag

Name, Vorname:

Beschwerde-/ Krankheitsbild	Beratungsempfehlungen	B¹	E²
Grundsatz	• Ggf. bildgebende Untersuchungen bei Warnhinweisen oder therapeutischen Konsequenzen	☐	☐
	• Ggf. kurzzeitige Schmerzmitteleinnahme unter Beachtung von Risikofaktoren usw.	☐	☐
Allgemeine Beschwerden / Verletzungen	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Ggf. AOK-Sports nach Verletzungen	☐	☐
	www.rki.de (Robert Koch-Institut) www.gesundheitsinformation.de		
Rückenschmerzen (unspezifisch)	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
Akut (unkompliziert)	• z.B. Wärme (Pflaster usw.)	☐	☐
Subakut	• Bio-psycho-soziale Beratung: richtige Bewegung (z.B. Walking), Entspannung (z.B. kurzzeitig Liegen für die Bandscheiben)	☐	☐
Chronisch	• Bio-psycho-soziale Betreuung (ggf. Fallkonferenz)	☐	☐
	Bartow, K. (2014): Schwachstelle Rücken. Gezielt und effektiv: Übungen gegen den Schmerz. Stuttgart: TRIAS Verlag. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de		
Rückenschmerz (spezifisch)	• Je nach Ursache: Maximalversorgung	☐	☐
Arthrose des Hüftgelenks / Kniegelenks	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Richtige Bewegung; Stärkung Bein- und Beckenmuskulatur	☐	☐
	• Vermeidung einseitiger Belastung	☐	☐
	• Ggf. Gewichtsoptimierung	☐	☐
	• Eher fischreiche, mediterrane Ernährung (auch Beachtung von Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes)	☐	☐
	• Ggf. Pufferabsätze (weiche Sohle)	☐	☐
	• Z.B. Warmhalten der Gelenke sowie Vermeidung von Kälte/Nässe	☐	☐
	• Z.B. Schwimmen im warmen Wasser	☐	☐
	• AOK-proReha bei Endoprothese	☐	☐
	Steinhilber, B.; Krauss, I., Janßen, P. & Haupt, G. (2014): Das Tübinger Hüftkonzept. Von der Wissenschaft in die Praxis. Essen: Verlag hellblau GmbH & Co. KG.		

Bitte ankreuzen falls erfolgt: B¹=Beratung, E²=Empfehlung

+++ Weitere Informationen finden Sie auch unter www.aok-bw.de/orthopaedie +++

AOK FACHARZT PROGRAMM

Beschwerde-/ Krankheitsbild	Beratungsempfehlungen	B¹	E²
Sport	www.vereinsverzeichnis.eu www.sport-in-bw.de www.wlsb.de (Württembergischer Landessportbund e.V.)		
Ernährung	www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de (Infodienst Landwirtschaft - Ernährung - Ländlicher Raum)		
Osteoporose	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Bewusste, lebenslange körperliche Aktivität (z.B. an der frischen Luft wandern)	☐	☐
	• Verbesserung von Muskelkraft, Koordination usw.	☐	☐
	• Ernährung vor allem mit Obst und Gemüse (basisch)	☐	☐
	• Nikotinstopp	☐	☐
Frakturgefährdung	• Beratung zur Sturzprophylaxe (Muskelkräftigung, Koordination usw.)	☐	☐
	Brüske, W. (2014): Osteoporose. Stabil durchs Leben. Stuttgart: TRIAS Verlag. www.rheuma-liga-bw.de (Selbsthilfe)		
Rheumatoide Gelenkerkrankungen, Rheuma	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Richtige Bewegung	☐	☐
	• Kälteanwendung bei akut entzündeten Gelenken	☐	☐
	• Fischreiche Kost	☐	☐
	• Obst/Gemüse (basisch) auch zur Osteoporoseprophylaxe	☐	☐
	• Nikotinstopp	☐	☐
	www.rheuma-liga-bw.de (Selbsthilfe)		

Bitte ankreuzen falls erfolgt: B¹=Beratung, E²=Empfehlung

Beratung/Empfehlung erfolgte zu:

☐ Anatomie ☐ Gesundheitsangebote der AOK/Bosch BKK
☐ Angebote vor Ort ☐ Selbsthilfegruppen

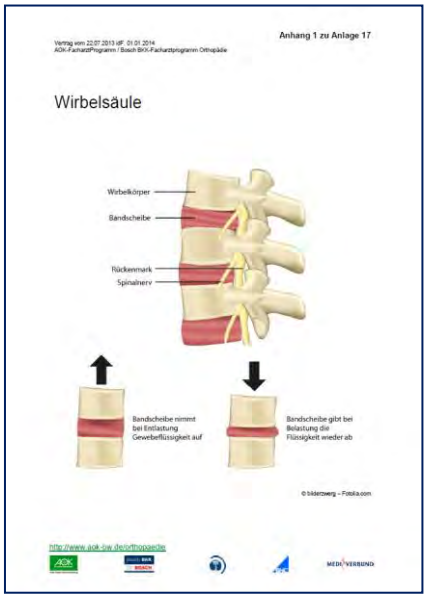
Sonstige Anmerkungen:

Praxisstempel & Arztunterschrift

+++ Weitere Informationen finden Sie auch unter www.aok-bw.de/orthopaedie +++

Vier Informationsstufen bei muskoskelettalen Erkrankungen
Evidenzbasierte Patienteninformationen mit Links, Quellen usw. u.a.:

1. **Informationsstufe:**
   Allgemein zur **Funktion** und **Anatomie**
   z.B.:



Anhang 1 zu Anlage 17

Vertrag vom 22.07.2013 idF. 01.01.2014
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie

Wirbelsäule

© bilderberg – Fotolia.com

http://www.aok-bw.de/orthopaedie

2. **Informationsstufe**
   Zur Gesundheit im Alltag
   z.B.: **Eigenübungen** bei unspezifischen Rückenschmerzen

Anhang 1 zu Anlage 17

Vertrag vom 22.07.2013 idF. 01.01.2014
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie

Eigenübungen bei unspezifischen Rückenschmerzen

Es ist nie zu spät vorzubeugen!

„Auch wenn Sie bereits Kreuzschmerzen haben – lassen Sie sich nicht entmutigen. Sie können dennoch viel tun, um Ihr Wohlbefinden zu steigern und weiteren Schmerzen oder gar der Entwicklung chronischer Beschwerden vorzubeugen. Das Wort „Prävention" bedeutet, mit Hilfe gezielter Aktivitäten, bestimmte gesundheitliche Schäden zu verhindern, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Grundpfeiler zur Vorbeugung von Kreuzschmerzen ist körperliche Bewegung! Darüber hinaus macht es Sinn, Betroffene bestmöglich über ihre Erkrankung zu informieren und aufzuklären sowie ergonomische Vorgaben umzusetzen."

Stetiger Wechsel zwischen Be- und Entlastung

„Zwischen den insgesamt 33 knöchernen Wirbeln liegen die verformbaren Bandscheiben. Sie bestehen aus einer bindegewebigen Rinde und einem gummiartigen Gallertkern. Diese Zwischenwirbelscheiben [...] fungieren als „Stoßdämpfer" und fangen ähnlich einem Wasserkissen Bewegungen ab, die zum Beispiel beim Springen oder Laufen entstehen. Vergleichbar mit einem Schwamm nehmen die Bandscheiben bei Entlastung Nährstoffe aus dem umliegenden Gewebe auf. Bei Belastung geben sie „Abfallprodukte" an die Umgebung ab. Sie versorgen sich per Diffusion. Für einen funktionierenden Stoffwechsel benötigen die Zwischenwirbelscheiben so einen stetigen Wechsel zwischen Be- und Entlastung. Andauernde Belastungen, etwa langes Sitzen oder Fehlhaltungen, stören dieses Gleichgewicht jedoch. Durch den Druck, der tagsüber auf den Zwischenwirbelscheiben lastet, verlieren sie Wasser und flachen ab. Ein Mensch kann abends so mehrere Zentimeter kleiner sein als am Morgen."

© bilderberg – Fotolia.com

Körperliche Bewegung

„Unterstützen Sie Ihren Rücken, indem Sie sich regelmäßig bewegen. Das heißt nicht, dass Sie Leistungssport machen müssen. Suchen Sie sich eine Bewegungsart aus, die Ihnen Freude macht und rückenschonend ist – zum Beispiel Schwimmen, Wandern oder Radfahren. Kräftigen Sie so Ihre Rückenmuskulatur und verbessern Sie Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit [...]. Schmerzepisoden können dadurch kürzer und seltener werden. Studien haben den positiven Einfluss körperlicher Aktivität deutlich gezeigt."

(zitiert nach PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, 1. Auflage, Version 2 vom 06.08.2013, S. 11, 84)

http://www.aok-bw.de/orthopaedie

3. Informationsstufe
Zu **Gesundheitsangeboten** der AOK bzw. Bosch BKK

Die **Verordnung** von AOK-Gesundheitsangeboten/AOK-Präventionsberater erfolgt über das **grüne Rezept.** Das Dokument „Vermittlung von Patienten aus dem Orthopädievertrag zum AOK-Präventionsberater/in die AOK-Gesundheitsangebote“ erklärt die **Vorgehensweise**:

Anhang 1 zu Anlage 17

Vermittlung von Patienten aus dem Orthopädievertrag zum AOK-Präventionsberater/in die AOK-Gesundheitsangebote

Der Orthopäde kann bei entsprechender Diagnose in der dritten Informationsstufe in individuelle, hilfreiche AOK-Gesundheitsangebote per Verordnung vermitteln.

a) Die Verordnung in krankheitsspezifische AOK-Gesundheitsangebote erfolgt über das **grüne Rezept**. Für den/die AOK-Präventionsberater/in* sollten hieraus folgende Informationen ersichtlich werden:
- **Diagnose** gemäß ICD-10-GM (ICD-Schlüssel)
- **Empfohlene AOK-Gesundheitsangebote** (gemäß Liste „Überblick zu den AOK-Gesundheitsangeboten“)
- Weitere Informationen wie gewünschte **Rückmeldung** zu durchgeführten Maßnahmen

b) Die „**Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag**“ geben einen Überblick zu individuellen Empfehlungen und sollten dem Patienten nach Bearbeitung im Arzt-Patienten-Gespräch übergeben werden. Der Patient kann die „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“ mit zum/zur AOK-Präventionsberater/in nehmen, so dass ersichtlich wird zu welchen gesundheitsfördernden Themen die Beratung krankheitsspezifisch erfolgte (z. B. Bewegung, Ernährung, Nikotinstopp).

c) Der **Flyer** zum „AOK-Präventionsberater“ liefert den Patienten die notwendig regionalen Kontaktdaten, die zur Terminvereinbarung mit den AO Präventionsberater/innen vor Ort notwendig sind.

*Hochwertige Beratungsqualität durch qualifizierte Fachkräfte (z. B. Ernährungs- Sportfachkräfte); bedarfsgerechte Beratung der Kunden in individuell pas Angebote/Maßnahmen; Auf Wunsch Rückkopplung der Ergebnisse ggf. an den Orthop

Einen Überblick zu **AOK-Gesundheitsangeboten** bei den Beschwerden bzw. Erkrankungen

- Rückenschmerzen (unspezifisch)
- Rückenschmerzen (spezifisch)
- Gon- und Koxarthrose mit/ohne TEP
- Osteoporose
- Rheumatologische (Gelenk-)Erkrankungen

bietet indikationsbezogen folgendes Dokument:

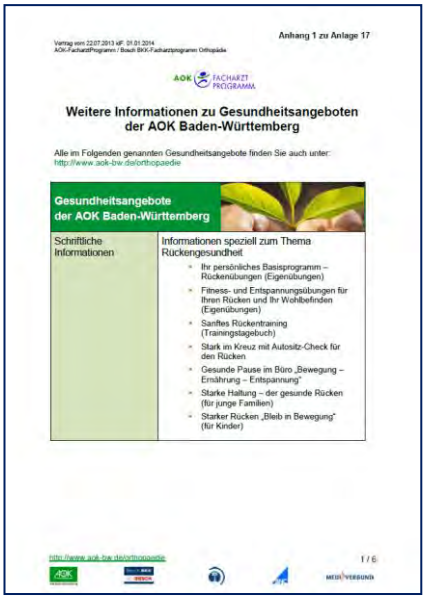
Anhang 1 zu Anlage 17

AOK FACHARZT PROGRAMM

Überblick zu den AOK-Gesundheitsangeboten bei muskuloskelettalen Beschwerden & Erkrankungen

Stand: 05/2018

Informationen zu weiteren **AOK-Angeboten** sowie zu **Patienteninformationen** finden sich hier:

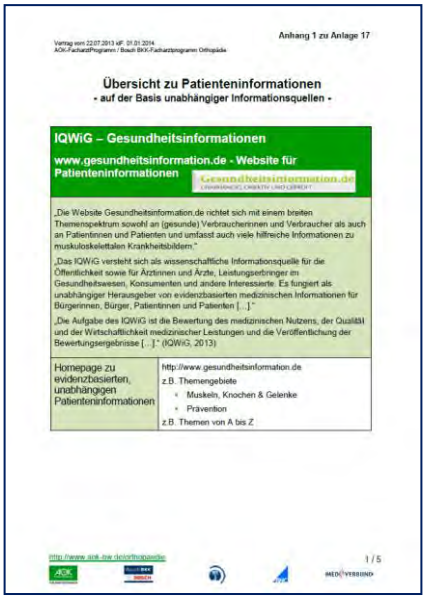


Anhang 1 zu Anlage 17

Weitere Informationen zu Gesundheitsangeboten der AOK Baden-Württemberg

Alle im Folgenden genannten Gesundheitsangebote finden Sie auch unter: http://www.aok-bw.de/orthopaedie

Gesundheitsangebote der AOK Baden-Württemberg	
Schriftliche Informationen	Informationen speziell zum Thema Rückengesundheit • Ihr persönliches Basisprogramm – Rückenübungen (Eigenübungen) • Fitness- und Entspannungsübungen für Ihren Rücken und Ihr Wohlbefinden (Eigenübungen) • Sanftes Rückentraining (Trainingstagebuch) • Stark im Kreuz mit Autositz-Check für den Rücken • Gesunde Pause im Büro „Bewegung – Ernährung – Entspannung" • Starke Haltung – der gesunde Rücken (für junge Familien) • Starker Rücken „Bleib in Bewegung" (für Kinder)



Anhang 1 zu Anlage 17

Übersicht zu Patienteninformationen
- auf der Basis unabhängiger Informationsquellen -

IQWiG – Gesundheitsinformationen

www.gesundheitsinformation.de - Website für Patienteninformationen

„Die Website Gesundheitsinformation.de richtet sich mit einem breiten Themenspektrum sowohl an (gesunde) Verbraucherinnen und Verbraucher als auch an Patientinnen und Patienten und umfasst auch viele hilfreiche Informationen zu muskuloskelettalen Krankheitsbildern."

„Das IQWiG versteht sich als wissenschaftliche Informationsquelle für die Öffentlichkeit sowie für Ärztinnen und Ärzte, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Konsumenten und andere Interessierte. Es fungiert als unabhängiger Herausgeber von evidenzbasierten medizinischen Informationen für Bürgerinnen, Bürger, Patientinnen und Patienten […]"

„Die Aufgabe des IQWiG ist die Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen und die Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse […]." (IQWiG, 2013)

Homepage zu evidenzbasierten, unabhängigen Patienteninformationen	http://www.gesundheitsinformation.de z.B. Themengebiete • Muskeln, Knochen & Gelenke • Prävention z.B. Themen von A bis Z

Das Dokument „Konzept Steuerung der Versicherten aus dem Orthopädievertrag zu Gesundheitsangeboten über die Patientenbegleitung der Bosch BKK" erklärt die **Vorgehensweise**. Für die Bosch BKK wird durch den Orthopäden in individuelle Gesundheitsangebote per **Verordnung (grünes Rezept)** oder/und durch Ankreuzen im **Bosch BKK-Infoflyer** vermittelt.

4. Informationsstufe

Zur **Selbsthilfe** vor Ort z. B.:

Selbsthilfe

Link: z.B. http://www.rheuma-liga-bw.de auch über
https://www.sekis-bw.de/selbsthilfe/

Rheuma-Liga
Baden-Württemberg e.V
Hilfe, die bewegt

Anlage 17, Anhang 2: Schnittstellenkommunikation (siehe Anlage 12/12a)

Anlage 17, Anhang 2 beinhaltet die Schnittstellenkommunikation. Hier finden sich indikationsbezogen die **Befundberichte** (ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE→ HAUSARZT) sowie das **Begleitschreiben** (HAUSARZT → ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE).

Befundbericht Grundversorgung (ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE→ HAUSARZT)

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt

AOK FACHARZT PROGRAMM Bosch BKK BOSCH

Anschrift

Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

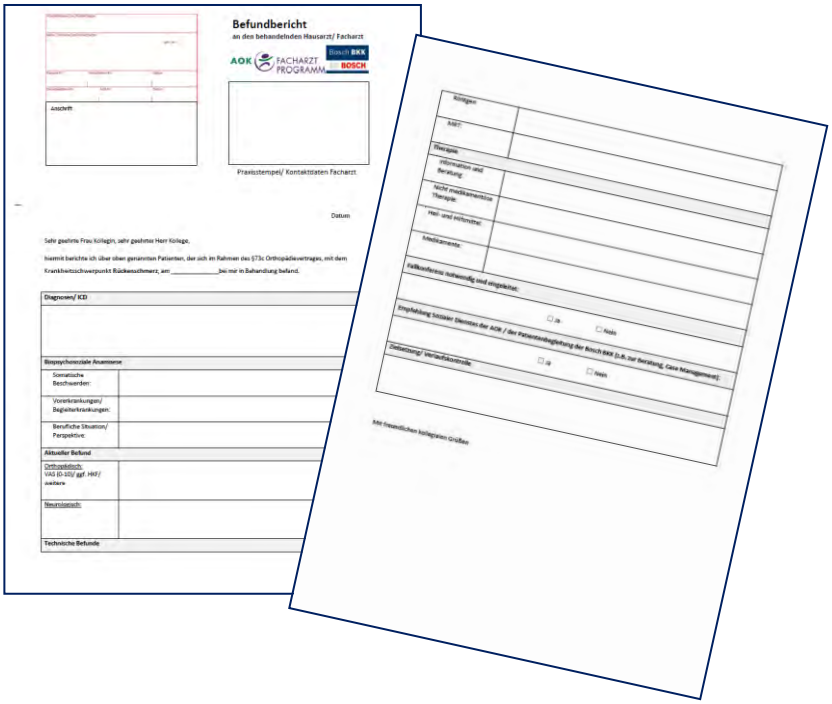
Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages am _____ bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen/ ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation:	
Aktueller Befund	
Technische Befunde	
Röntgen:	
Labor:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Medikamente:	
Zielsetzung/ Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Befundbericht Rückenschmerz (ORTHOPÄDE → HAUSARZT)



Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt

AOK FACHARZT PROGRAMM Bosch BKK BOSCH

Anschrift

Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages, mit dem Krankheitsschwerpunkt Rückenschmerz, am _____ bei mir in Behandlung befand.

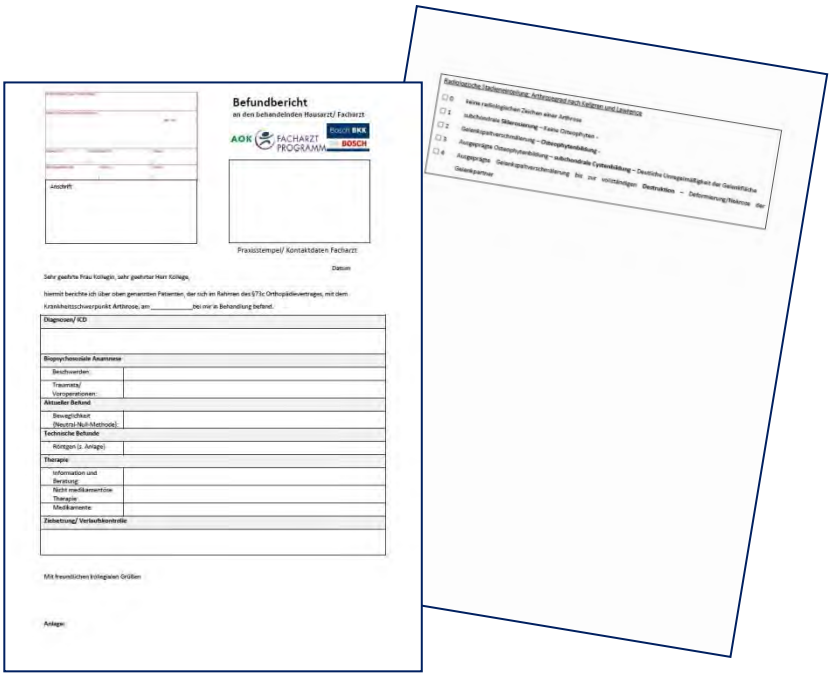
Diagnosen/ ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Somatische Beschwerden:	
Vorerkrankungen/ Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation/ Perspektive:	
Aktueller Befund	
Orthopädisch: VAS (0-10)/ ggf. HKF/ weitere	
Neurologisch:	
Technische Befunde	

Kollegen

RMC:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Heil- und Hilfsmittel:	
Medikamente:	
Selbstkontrolle: notwendig und eingeleitet:	☐ ja ☐ nein
Eingliederung sozialer Elemente der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z.B. zur Beratung, Case Management):	☐ ja ☐ nein
Zielsetzung/ Verlaufskontrolle:	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Befundbericht Arthrose (ORTHOPÄDE → HAUSARZT)



Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt

AOK FACHARZT PROGRAMM Bosch BKK BOSCH

Anschrift:

Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages, mit dem Krankheitsschwerpunkt Arthrose, am _____ bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen/ ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Traumata/ Voroperationen:	
Aktueller Befund	
Beweglichkeit (Neutral-Null-Methode):	
Technische Befunde	
Röntgen (z. Anlage):	
Therapie	
Information und Beratung	
Nicht medikamentöse Therapie	
Medikamente	
Zielsetzung/ Verlaufskontrolle	

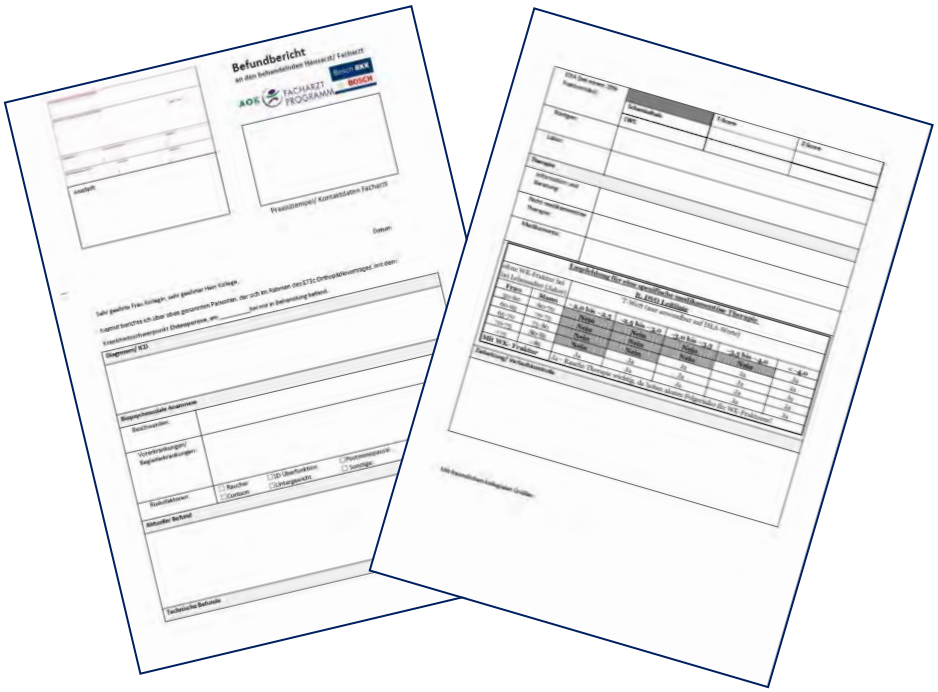
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Anlage:

Radiologische Frakturprognose: Arthrosegrad nach Kellgren und Lawrence

- ☐ 0 keine radiologischen Zeichen einer Arthrose
- ☐ 1 individuelle Gelenkspaltverschmälerung – Kaum Osteophyten –
- ☐ 2 Gelenkspaltverschmälerung – Osteophytenbildung –
- ☐ 3 Ausgeprägte Osteophytenbildung – individuelle Gelenkspaltverschmälerung bis zur vollständigen Destruktion – Deformierung/Fixierung der Gelenkpartner
- ☐ 4 Ausgeprägte Osteophytenbildung – individuelle Gelenkspaltverschmälerung – Deutliche Einsteifungen der Gelenkfläche

Befundbericht Osteoporose (ORTHOPÄDE → HAUSARZT)



Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt

AOK FACHARZT PROGRAMM Bosch BKK BOSCH

Anschrift:

Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages, mit dem Krankheitsschwerpunkt Osteoporose, am _____ bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen/ ICD

Biopsychosoziale Anamnese

Beschwerden:

Vorerkrankungen/ Begleiterkrankungen:

Risikofaktoren: ☐ Raucher ☐ Diabetes ☐ D-Überfunktion ☐ Untergewicht ☐ Postmenopause ☐ Sonstige:

Aktueller Befund

Technische Befunde

Kostenträger:

Leistungen:

Therapie

Information und Beratung

Nicht medikamentöse Therapie:

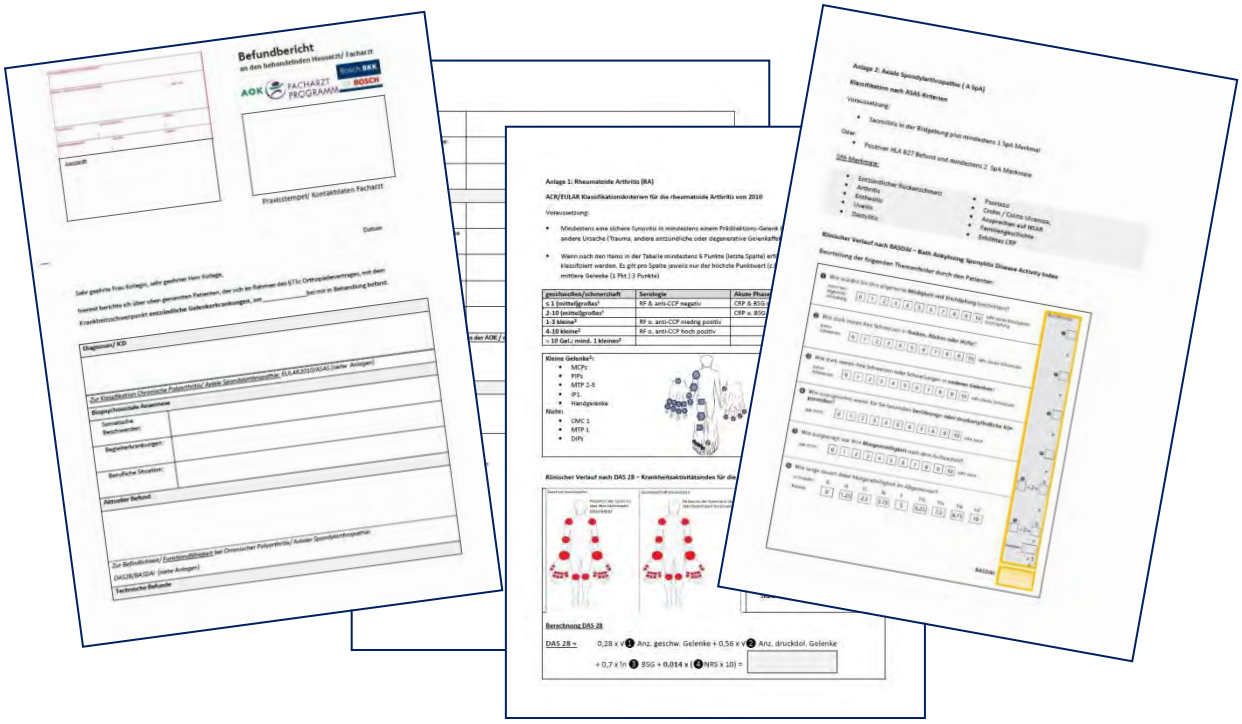
Medikamente:

Empfehlung für eine spezifische Osteoporosetherapie: Therapie

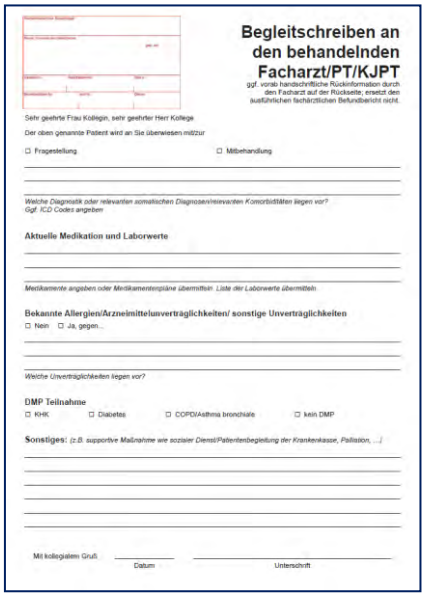
Zielsetzung/ Verlaufskontrolle

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Befundbericht entzündliche Gelenkerkrankungen (ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE → HAUSARZT)



Begleitschreiben (HAUSARZT → ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE)



Begleitschreiben an den behandelnden Facharzt/PT/KJPT

ggf. vorab handschriftliche Rückinformation durch den Facharzt auf der Rückseite; ersetzt den ausführlichen fachärztlichen Befundbericht nicht.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Der oben genannte Patient wird an Sie überwiesen mit/zur

☐ Fragestellung ☐ Mitbehandlung

Welche Diagnostik oder relevanten somatischen Diagnosen/relevanten Komorbiditäten liegen vor? Ggf. ICD Codes angeben

Aktuelle Medikation und Laborwerte

Medikamente angeben oder Medikamentenpläne übermitteln. Liste der Laborwerte übermitteln

Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten/ sonstige Unverträglichkeiten

☐ Nein ☐ Ja, gegen...

Welche Unverträglichkeiten liegen vor?

DMP Teilnahme

☐ KHK ☐ Diabetes ☐ COPD/Asthma bronchiale ☐ kein DMP

Sonstiges: *(z.B. supportive Maßnahme wie sozialer Dienst/Patientenbegleitung der Krankenkasse, Palliation, ...)*

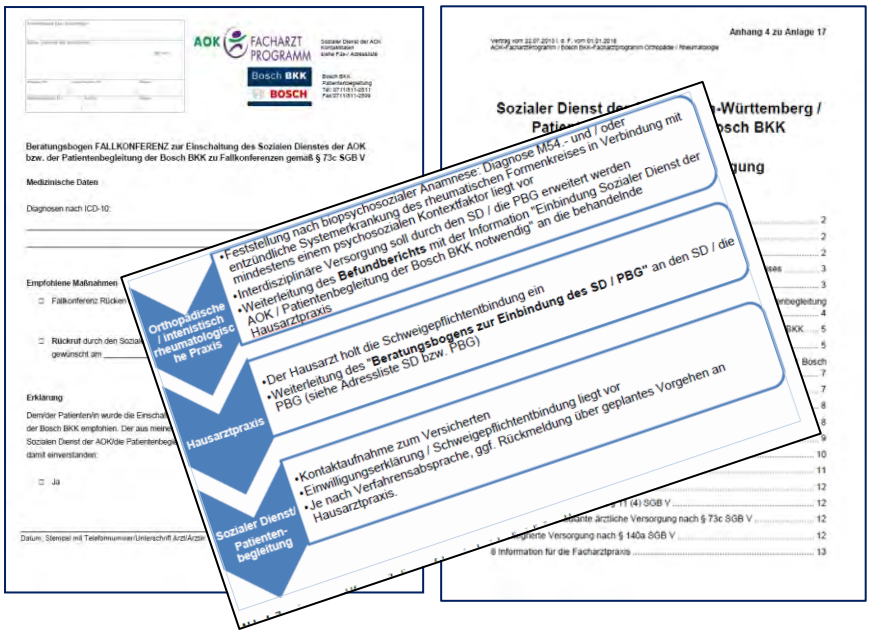
Mit kollegialem Gruß

Datum Unterschrift

Anlage 17, Anhang 3: Unbesetzt

Anlage 17, Anhang 4: Sozialer Dienst AOK/Patientenbegleitung Bosch BKK

Der **Soziale Dienst** der AOK bzw. die **Patientenbegleitung** der Bosch BKK finden sich in Anlage 17, Anhang 4. Die Einschaltung des Sozialen Dienstes bzw. der Patientenbegleitung ist lediglich bei komplexen Versorgungssituationen von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen - in Kooperation mit dem ORTHOPÄDEN - für eine interdisziplinäre Versorgung anzustreben:



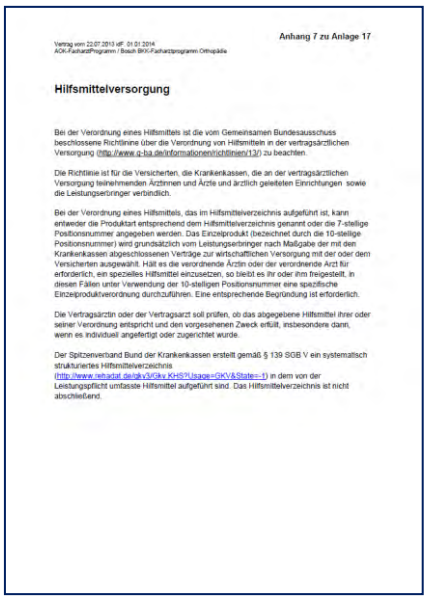
Anlage 17, Anhang 5: AOK-Sports für ORTHOPÄDEN

Anlage 17, Anhang 5 gibt das Angebot **AOK-Sports** für Orthopäden wieder. Dieses Angebot können Versicherte der AOK Baden-Württemberg bei schweren und/oder operierten sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich nutzen. Detailinformationen bitte Anhang 5 entnehmen:

Anlage 17, Anhang 6: AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP für ORTHOPÄDEN/HAUSÄRZTE

AOK-proReha für ORTHOPÄDEN/HAUSÄRZTE bei Patienten nach Hüft- und Knie-TEP ist ausführlich in Anlage 17, Anhang 6 dargestellt:

Anlage 17, Anhang 7: Hilfsmittel-Grundsatz



Anhang 7 zu Anlage 17

Vertrag vom 22.07.2013 idF. 01.01.2014
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie

Hilfsmittelversorgung

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinine über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/) zu beachten.

Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis (http://www.rehadat.de/gkv3/Gkv.KHS?Usage=GKV&State=-1) in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend.

Anlage 17, Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator

Mit QSR das geeignete Krankenhaus finden

Mehr Sicherheit bei Gelenk-Operationen

Jedes Jahr stehen Tausende von Menschen vor der Frage, in welches Krankenhaus sie für eine geplante Hüft- oder Knieoperation gehen sollen. Sie erwarten eine gute medizinische Behandlung und einwandfreie Ergebnisse nach dem Eingriff. Die Auswahl der Klinik ist nicht einfach – weder für Patienten noch für einweisende Ärzte.

Rund 400.000 Patientinnen und Patienten wurden 2020 deutschlandweit operiert; um ihre Hüft- oder Kniegelenke ersetzen zu lassen. Unterstützung bei der Wahl eines passenden Krankenhauses bietet der AOK-Krankenhausnavigator, der im Internet unter www.aok.de/krankenhaussuche aufgerufen werden kann. Das Portal bietet umfassende Informationen über die Behandlungsqualität von Kliniken. Diese Informationen beruhen unter anderem auf dem QSR-Verfahren. Damit bietet die AOK Menschen, die eine Operation vor sich haben, eine einzigartige Vergleichsmöglichkeit für die Behandlungsqualität von Kliniken bei bestimmten Eingriffen. QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten". Mit den QSR-Daten möchten wir sowohl Patienten als auch Ärzten bei der Klinikwahl helfen. Die Qualität steht dabei im Mittelpunkt.

Überblick bis zu einem Jahr nach der stationären Behandlung

Das Besondere an QSR ist, dass hier alle Krankenhausbehandlungen von Patienten bis zu einem Jahr nach dem ersten Eingriff berücksichtigt werden. Ein Vergleich des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, dass es zum

Johannes Bauernfeind
Vorstandsvorsitzender
AOK Baden-Württemberg

STATEMENT

Qualitätsunterschiede sichtbar machen

Unter www.aok.de/krankenhaussuche erhalten die Versicherten eine valide Entscheidungshilfe. Sie können sich selbst ein Bild über die Qualität machen, indem klar zu erkennen ist, welche Komplikationsrate die ausgewählte Klinik bei der jeweiligen Indikation aufweist. Hier wird die unterschiedliche Behandlungsqualität von Kliniken bei Hüft- und Knie-Operationen sowie weiteren Behandlungen für Patienten und einweisende Ärzte sichtbar.

Anlage 17, Anhänge 9 - 13 neu

Anhang 9: Heilmittelversorgung

Anhang 10: Medizinische Rehabilitation

Anhang 11: Richtige Kodierung – Internistische Rheumatologie

Anhang 12: Medikamentöse Beratung – Internistische Rheumatologie

Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring – Internistische Rheumatologie

Anhang 1:

Nicht-medikamentöse Therapie

Vier Informationsstufen bei muskoskelettalen Erkrankungen

1. Informationsstufe:
Allgemein zur Funktion und Anatomie

2. Informationsstufe:
Zur Gesundheit im Alltag

3. Informationsstufe:
Zu Gesundheitsangeboten der AOK/Bosch BKK

4. Informationsstufe:
Zur Selbsthilfe vor Ort

Einführung nicht-medikamentöse Therapie

Bisher stehen u.a. fehlende Zeit und Vergütung, Fokussierung auf akutmedizinisch dringliche Themen, unzureichende Ausbildung im Umgang mit Präventionsthemen und fehlende Gesundheitssystemunterstützung einer Intensivierung ärztlicher Lebensstilberatung als Barrieren entgegen (Ludt, Glassen, Wiesemann & Szecsenyi, 2009; Chenot, 2010; Anlage 17). Dieses soll sich als Ziel aufgrund des erwiesenen Nutzens für die betroffenen Menschen wandeln.

Kernelemente der Betreuung von Patienten mit muskoskelettalen Beschwerden und entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises sind daher gemäß Anlage 12 und 12a - begründet durch die evidenzbasierte und leitlinienorientierte Anlage 17 - wie folgt:

➢ Bio-psycho-soziale Anamnese

Grundsatz

Erhebung der körperlichen Beschwerden und Funktionsfähigkeit sowie nicht körperlicher Beschwerden und Ursachen, v.a. bei drohender Chronifizierung von Schmerzen, d.h. Gesprächsbereitschaft ohne allzu voreilige bildgebende oder invasive Diagnostik (sorgfältige Indikationsstellung für therapeutische Konsequenzen), außer in Notfällen bzw. Akutsituation z.B.

- Vorgeschichte, Vorerkrankungen, (Anfangs-) Beschwerden, familiäre Krankheitsgeschichte, eigene Vorerkrankungen und Verletzungen, angeborene Leiden in der Verwandtschaft
- Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht-(sverlust)
- Beruf, Familie, (Freizeit-)Verhalten, Lebensgewohnheiten, körperliche und seelische Belastungen, Einstellungen/Überzeugungen usw.

➢ Manuelle Untersuchung

- z.B. Palpation der Haut, Untersuchung aktiv und passiv, Untersuchung der Konsistenz, Funktionen und Sensibilität usw. von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Nerven, Gefäßen usw.

➢ Präventive Information und motivationale Beratung

Leitgedanke

Mit der präventiven Information und motivationalen Beratung sollen:

- eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung aufgebaut werden
- Selbstmanagement, Eigenverantwortung und Copingstrategien des Patienten zur Bewältigung bio-psycho-sozialer (Stress-)Faktoren gefördert und unterstützt werden,

- Ängste und Vermeidungsverhalten abgebaut und
- Behandlungserwartungen gemeinsam besprochen werden z.B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden / Fehlbelastungen.

➢ Sowie speziell bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung, motivationale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining bei vorliegender rheumatischer Gelenkerkrankung sind frühzeitig einzuleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- Die motivationale Beratung sollte als entscheidender Erfolgsparameter für die Schmerzbewältigung kontinuierlich im Krankheitsverlauf stattfinden, damit lebenslange bewegungstherapeutische Maßnahmen sichergestellt und Vermeidungsverhalten überwunden werden können.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z.B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Einleitung einer interdisziplinären Versorgung im Krankheitsverlauf.

➢ **Ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans zu o.g. Empfehlungen, Maßnahmen und Verfahren z.B. zur**

- Zielvereinbarung mit dem Patienten z.B. zur Alltagsbewegung und zur Motivation bezüglich körperlicher und sonstiger Aktivitäten
- Wiedervorstellung mit Kontrolle des Behandlungserfolgs

Durch richtige körperliche Aktivität und knochengesunde Ernährung lässt sich in jedem Alter der Entwicklung von Beschwerden und Krankheiten entgegenwirken (RKI, 2005). Für den Verlauf ist bei muskuloskelettalen Beschwerden und Erkrankungen sowie entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises die Motivierung der Betroffenen zur Behandlung und Übernahme von Behandlungsverantwortung mitentscheidend. Hierbei sollten Patienteninformationen das Wissen zur Erkrankung und zu spezifischen Maßnahmen (z.B. Eigenbewegung und -übungen) vertiefen und das Verhalten durch Förderung eines aktiven Selbstmanagements verbessern (Das Tübinger Hüftkonzept. Von der Wissenschaft in die Praxis, Steinhilber, Krauss, Janssen & Haupt, 2014).

Für die Betroffenen von entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises entscheidet eine effektive krankheitsmodifizierende Therapie sofort nach Diagnosesicherung über den weiteren Krankheitsverlauf (Herold G. (2018) Innere Medizin). Neben dem frühzeitigen medikamentösen Behandlungsbeginn ist die nicht-medikamentöse bzw.

sekundär- und tertiärpräventive Beratung und Versorgung für die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf überaus wichtig (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 49 RKI). Die mediterrane Küche mit Gemüse, Obst, Salat (mit milden Saucen) und eher vegetarisch ist besonders empfehlenswert sowie der Verzicht auf Tabakkonsum. Nikotinstopp nach Krankheitsausbruch scheint zudem zu einem milderen Verlauf beizutragen. Auch entwickeln Raucher häufiger eine rheumatoide Arthritis. Rauchen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass »Fehler« in der immunologischen Selbsttoleranz auftreten und Antikörper gegen körpereigene Stoffe gebildet werden (gemäß Robert-Koch-Institut (RKI) und Herold G. (2018) Innere Medizin).

Eine ausgewogene Ernährung (z.B. mediterrane Kost) und regelmäßige Bewegung mit Ausdauer, Kraft und Koordination wirken sich günstig aus auf alle körperlichen Funktionen wie Herz, Nieren, auch Gelenke und Knochen usw. wie auch auf den Krankheitsverlauf insgesamt (Winfried Banzer (Hrsg) Körperliche Aktivität und Gesundheit).
Daher soll das so genannte Rezept für Bewegung des DOSB hierzu Verbindlichkeit herstellen und auch Rehasport mit der entsprechenden Verordnung Formular 56 die Bereitschaft des Patienten zu regelmäßiger körperlicher Aktivität - wie auch bereits im Orthopädievertrag spezifisch verankert seit 2013 (grünes Rezept) – befördern (www.sportprogesundheit.de; www.aerztekammer-bw.de Rezept für Bewegung).

Die nicht-medikamentöse Beratung und Therapie (Anlage 17 auf Grundlage von Anlage 12 und 12a) ist nicht nur bei unspezifischen Rückenschmerzen, sondern auch bei vielen anderen muskuloskelettalen Beschwerden und Erkrankungen sowie entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises zur Prävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Lebensqualität sowie der Teilhabe am Leben wichtiger Bestandteil. Sie schließt u.a. die Sporttherapie als bewegungstherapeutische Maßnahme zur Förderung körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen, die Gewichtsreduktion, da Fettleibigkeit zu den eindeutigen Risikofaktoren zählt, ein. Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen usw. addieren sich jedoch nicht nur, sondern multiplizieren bzw. vervielfachen sich hinsichtlich der Krankheitslast (Mooren et al, Prävention und Therapie durch Sport, Band 3, Kapitel 4). Des Weiteren umfasst die nicht-medikamentöse Therapie auch Wärmetherapie z.B. bei „Hexenschuss“ zur Senkung des Muskeltonus im Rückenbereich bei unspezifischen Rückenschmerzen (Orthopädie und Unfallchirurgie, Rössler & Rüther, 2007) Kälteanwendungen bei akut entzündeten Gelenken (Herold G. (2018) Innere Medizin).
Für eine nicht-medikamentöse Beratung und Therapie ist eine strukturierte und patienten-orientierte Vorgehensweise in vier Informationsstufen sinnvoll (Anlage 17):

1. **Zur Anatomie, Funktionsweise, Risikofaktoren usw. im Umgang mit den Beschwerden im Alltag (gemäß Abbildungen usw.)**
2. **Zu hilfreichen Gesundheitsangeboten im Alltag, z.B. zu Vereinen, Eigenübungen usw. (gemäß Linkverzeichnis, Abbildungen)**
3. **Zu gezielten Gesundheitsangeboten der AOK vor Ort / Bosch BKK (Gesundheitsangebote vor Ort wie auch Anhänge 2 bis 8 zu Anlage 17)**
4. **Ggf. zu Angeboten der Selbsthilfe (Link Rheuma-Liga usw.).**

Die nachfolgenden Informationen wurden gemäß PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz (2013) und den Anforderungen des ÄZQ (2006) entsprechend aufbereitet (Anlage 17).

Im November 2017 inhaltliche Ergänzung Modul Rheumatologie.

Literatur u.a.:

Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (2006). Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Schriftenreihe, Band 25. Verfügbar unter: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe25.pdf

Chenot, J.-F. (2010). Rückenschmerz. Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen. In J. Szecsenyi, B. Broge & J. Stock (Hrsg.), QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Band C4, Version 1.0). Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Ludt, S., Glassen, K., Wiesemann, A. & Szecsenyi, J. (2009). Prävention. Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. In J. Szecsenyi, B. Broge & J. Stock (Hrsg.), QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Band E1, Version 1.0). Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rössler, H. & Rüther, W. (2007). Orthopädie und Unfallchirurgie (19. Auflage). München: Urban &Fischer Verlag.

Steinhilber, B., Krauss, I., Janssen, P. & Haupt, G. (2014). Das Tübinger Hüftkonzept. Von der Wissenschaft in die Praxis. Essen: Verlag hellblau GmbH & Co. KG.

Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote & Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag

1. Informationsstufe: Allgemein zur Funktion und Anatomie, z.B.

- Funktionsweise Knie-/Hüftgelenk, Wirbelsäule, Knochen, Muskeln, Bewegungsapparat
- Prophylaxe der Osteoporose, Aktivität zur Förderung der Muskelkraft und Koordination, Sturzprophylaxe
- Prävention bei Knie- und Hüftgelenksarthrose wie Vermeidung von kniebelastenden Aktivitäten, gelenkschonender Sport, Gewichtsoptimierung
- Richtige Bewegung und Ernährung, auch bei entzündlichen Gelenkerkrankungen
- Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote
- Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag

www.gesundheitsinformation.de
www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de
www.unabhaengige-patientenberatung.de

2. Informationsstufe: Zu Gesundheit im Alltag, z.B.

- Eigenübungen
- Bewegung im Alltag, wie Radfahren, Wandern, Schwimmen,
- Aqua-Gymnastik, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen zunächst aufwärmen z.B. durch Radfahren, Walking, zudem mit Cool-down Phase, auch isometrische Anspannungsübungen, Thai-Chi
- Funktionstraining & Rehasport (Muster 56)
- Nikotinstopp z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „rauchfrei Ausstiegsprogramm“(www.rauchfrei-info.de & http://www.rauchfrei-programm.de/)
- Vermeidung von Sportarten mit hoher Verletzungsgefahr
- Regionale Sport- und/oder Turnvereine zur Gruppenförderung und Motivation, Rezept für Bewegung über den DOSB www.dosb.de & https://gesundheit.dosb.de/angebote/rezept-fuer-bewegung & https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung/
- Gewichtsoptimierung
- Gesundheitsbewusste Ernährung, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen mediterrane und damit eher basisch ausgerichtete Küche mit Gemüse, Obst, Salat (mit milden Saucen) und eher vegetarisch ist besonders empfehlenswert (www.rheuma-liga.de, www.dge.de)
- Förderung der psychischen Gesundheit, z.B. soziale Kontakte, Bewegung (Gruppenangebote)

www.wlsb.de (Württembergischer Landessportbund e. V.)
www.landeszentrum-bw.de (Landeszentrum für Ernährung Baden-Württemberg)

AOK FACHARZT PROGRAMM BOSCH BKK BNC MEDIVERBUND

Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote & Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag

3. Informationsstufe: Zu Gesundheitsangeboten z.B.

- Gesundheitsangebote der AOK/Bosch BKK, abgestimmt auf die individuellen Beschwerden
- Sozialer Dienst der AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK
- AOK-proReha, AOK-Sports
- AOK www.Ich-werde-nichtraucher.de, AOK Expertenforum zum Nichtrauchen, AOK Kurs: „Ja, ich will Nichtraucher werden!“, Über Curaplan (DMP) Persönliche Raucherberatung & Kurs „Ja, ich werde Nichtraucher“
- AOK „Aktiv abnehmen – bewusst essen“ Curaplan (DMP) „Leichter leben- leichter fühlen“, Adipositasmodul der Bosch BKK (Hausarztvertrag)
- AOK „Clever Walking“, “Laufend fitter werden“, Curaplan (DMP) Schonwalking, Lebe Balance: ein Programm für psychische Gesundheit, analog, Online-Seminare, App und Podcast https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/podcast-fuer-mehr-achtsamkeit-und-weniger-stress-lebe-balance/ usw.
- Curaplan (DMP) v.a. KHK und Diabetes

4. Informationsstufe: Zur Selbsthilfe vor Ort, z.B.

- Bessere Bewältigung von Erkrankungsproblemen, Erweiterung der allgemeinen Kompetenz („der informierte Patient“)
- Angebote zur Bewegung, Beratung und Begegnung
- Patientenschulungen

http://www.rheuma-liga-bw.de

Anmerkungen:

_____

_____

_____

AOK FACHARZT PROGRAMM BOSCH BKK BNC MEDIVERBUND

AOK Die Gesundheitskasse. BADEN-WÜRTTEMBERG

Bosch BKK BOSCH

Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag

Name, Vorname:

Beschwerde- / Krankheitsbild	Beratungsempfehlungen	B[1]	E[2]
Grundsatz	• Ggf. bildgebende Untersuchungen bei Warnhinweisen oder therapeutischen Konsequenzen	☐	☐
	• Ggf. kurzzeitige Schmerzmitteleinnahme unter Beachtung von Risikofaktoren usw.	☐	☐
Allgemeine Beschwerden / Verletzungen	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Ggf. AOK-Sports nach Verletzungen	☐	☐
	www.rki.de (Robert Koch-Institut) www.gesundheitsinformation.de		
Rückenschmerzen (unspezifisch)	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
Akut (unkompliziert)	• z. B. Wärme (Pflaster usw.)	☐	☐
Subakut	• Bio-psycho-soziale Beratung: richtige Bewegung (z. B. Walking), Entspannung (z. B. kurzzeitig Liegen für die Bandscheiben)	☐	☐
Chronisch	• Bio-psycho-soziale Betreuung (ggf. Fallkonferenz)	☐	☐
	Bartow, K. (2014). Schwachstelle Rücken. Gezielt und effektiv: Übungen gegen den Schmerz. Stuttgart: TRIAS Verlag. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de		
Rückenschmerz (spezifisch)	• Je nach Ursache: Maximalversorgung	☐	☐
Arthrose des Hüftgelenks / Kniegelenks	• Anleitung zu Eigenübungen	☐	☐
	• Richtige Bewegung; Stärkung Bein- und Beckenmuskulatur	☐	☐
	• Vermeidung einseitiger Belastung	☐	☐
	• Ggf. Gewichtsoptimierung	☐	☐
	• Eher fischreiche, mediterrane Ernährung (auch Beachtung von Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes)	☐	☐
	• Ggf. Pufferabsätze (weiche Sohle)	☐	☐
	• Z. B. Warmhalten der Gelenke sowie Vermeidung von Kälte / Nässe	☐	☐
	• Z. B. Schwimmen im warmen Wasser	☐	☐
	• AOK-proReha bei Endoprothese	☐	☐
	Steinhilber, B., Krauss, I., Janßen, P. & Haupt, G. (2014). Das Tübinger Hüftkonzept. Von der Wissenschaft in die Praxis. Essen: Verlag hellblau GmbH & Co. KG.		

Bitte ankreuzen falls erfolgt: B[1]=Beratung, E[2]=Empfehlung

Beschwerde- / Krankheitsbild	Beratungsempfehlungen	B[1]	E[2]
Sport Ernährung	www.vereinsverzeichnis.eu www.sport-in-bw.de www.wlsb.de (Württembergischer Landessportbund e.V.) www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de (Infodienst Landwirtschaft - Ernährung - Ländlicher Raum)		
Osteoporose Frakturgefährdung	• Anleitung zu Eigenübungen • Bewusste, lebenslange körperliche Aktivität (z. B. an der frischen Luft wandern) • Verbesserung von Muskelkraft, Koordination usw. • Ernährung vor allem mit Obst und Gemüse (basisch) • Nikotinstopp • Beratung zur Sturzprophylaxe (Muskelkräftigung, Koordination usw.) Brückle, W. (2014). Osteoporose. Stabil durchs Leben. Stuttgart: TRIAS Verlag. www.rheuma-liga-bw.de (Selbsthilfe)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Rheumatoide Gelenkerkrankungen, Rheuma	• Anleitung zu Eigenübungen • Richtige Bewegung • Kälteanwendung bei akut entzündeten Gelenken • Fischreiche Kost • Obst / Gemüse (basisch) auch zur Osteoporoseprophylaxe • Nikotinstopp www.rheuma-liga-bw.de (Selbsthilfe)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte ankreuzen falls erfolgt: B[1]=Beratung, E[2]=Empfehlung

Beratung / Empfehlung erfolgte zu:

☐ Anatomie
☐ Angebote vor Ort
☐ Gesundheitsangebote der AOK / Bosch BKK
☐ Selbsthilfegruppen

Sonstige Anmerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____

Praxisstempel & Arztunterschrift

+++ Weitere Informationen finden Sie auch unter www.aok-bw.de/orthopaedie +++

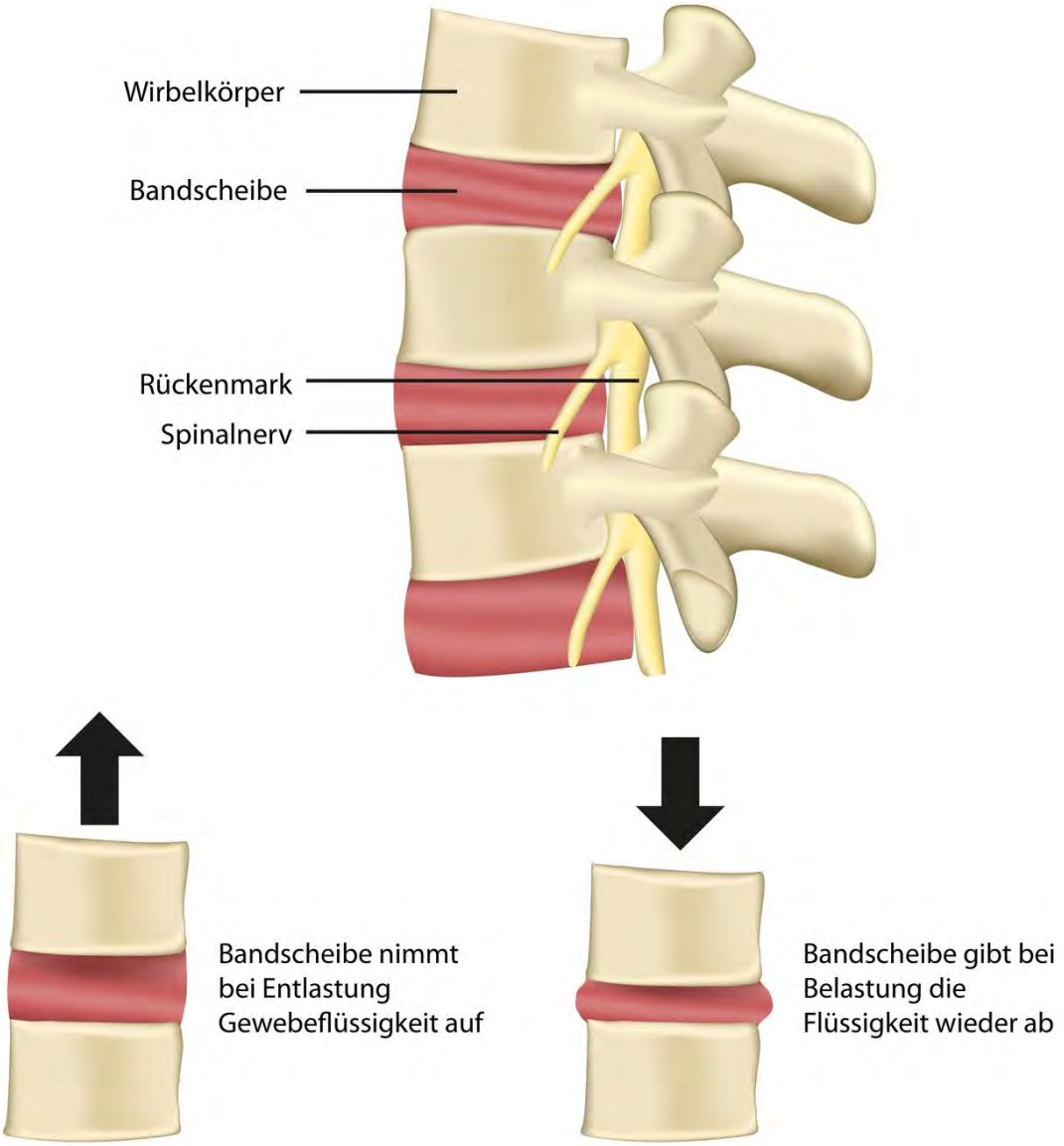
Nicht-medikamentöse Therapie

1. Informationsstufe: Allgemein zur Funktion und Anatomie, z.B.

- Funktionsweise Knie-/Hüftgelenk, Wirbelsäule, Knochen, Muskeln, Bewegungsapparat
- Prophylaxe der Osteoporose, Aktivität zur Förderung der Muskelkraft und Koordination, Sturzprophylaxe
- Prävention bei Knie- und Hüftgelenkarthrose, wie Vermeidung von kniebelastenden Aktivitäten, gelenkschonender Sport, Gewichtsoptimierung
- Richtige Bewegung und Ernährung, auch bei entzündlichen Gelenkerkrankungen
- Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote

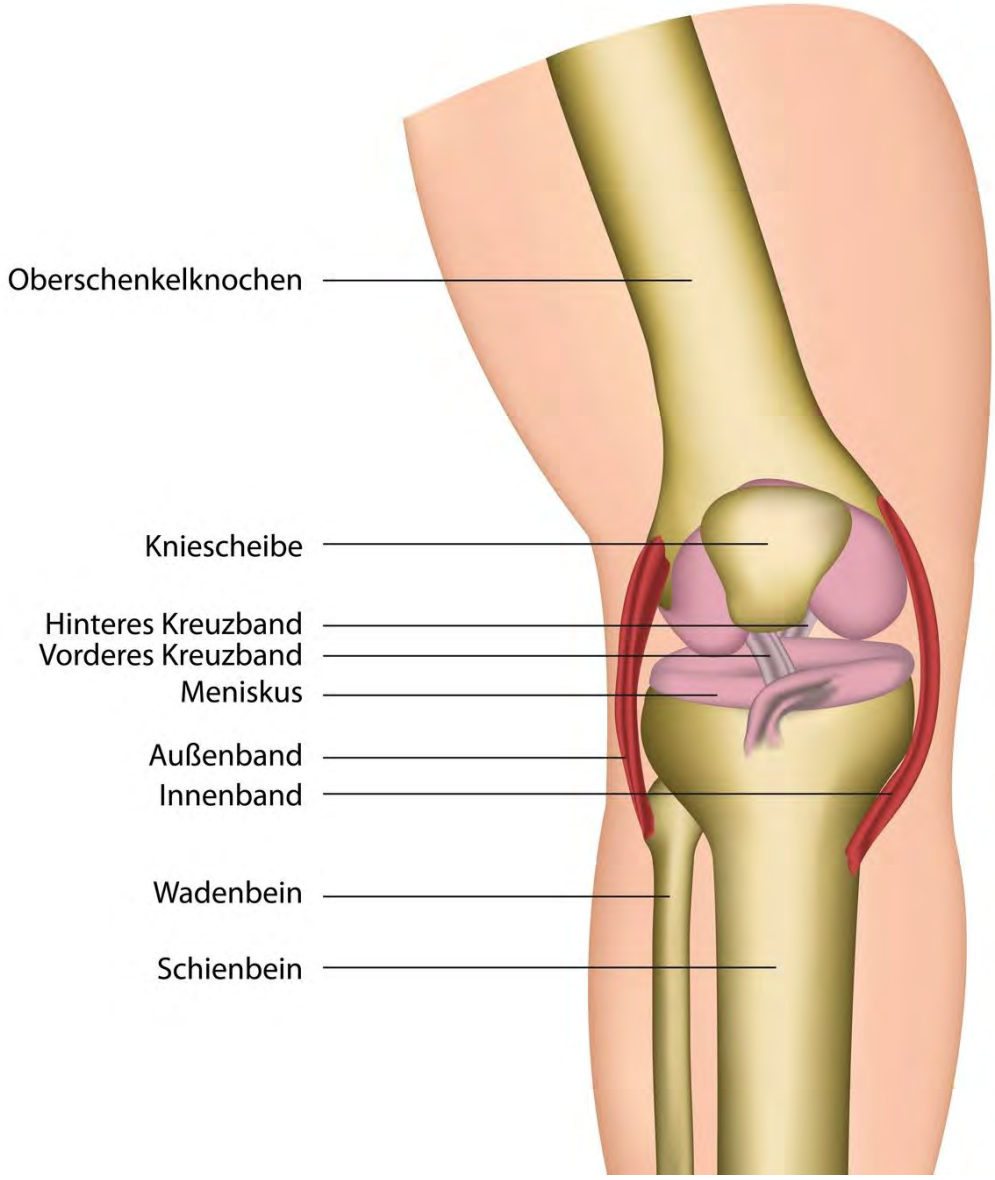
Im Folgenden werden vier Anatomiebilder zur Wirbelsäule, zum Kniegelenk, zur Osteoporose sowie zur rheumatoiden Arthritis dargestellt. Diese können in der Praxis gerne zu Veranschaulichung der Anatomie für den Patienten eingesetzt werden.

Wirbelsäule



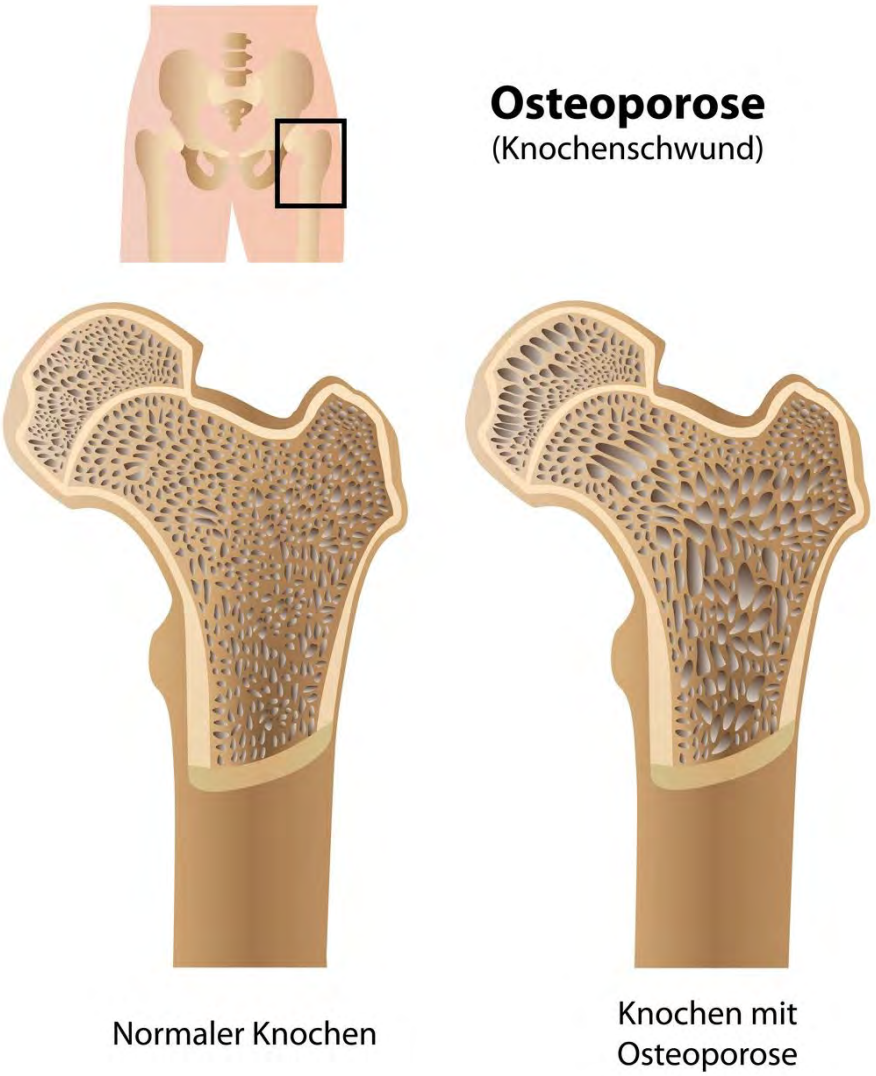
© bilderzwerg – Fotolia.com

Kniegelenk



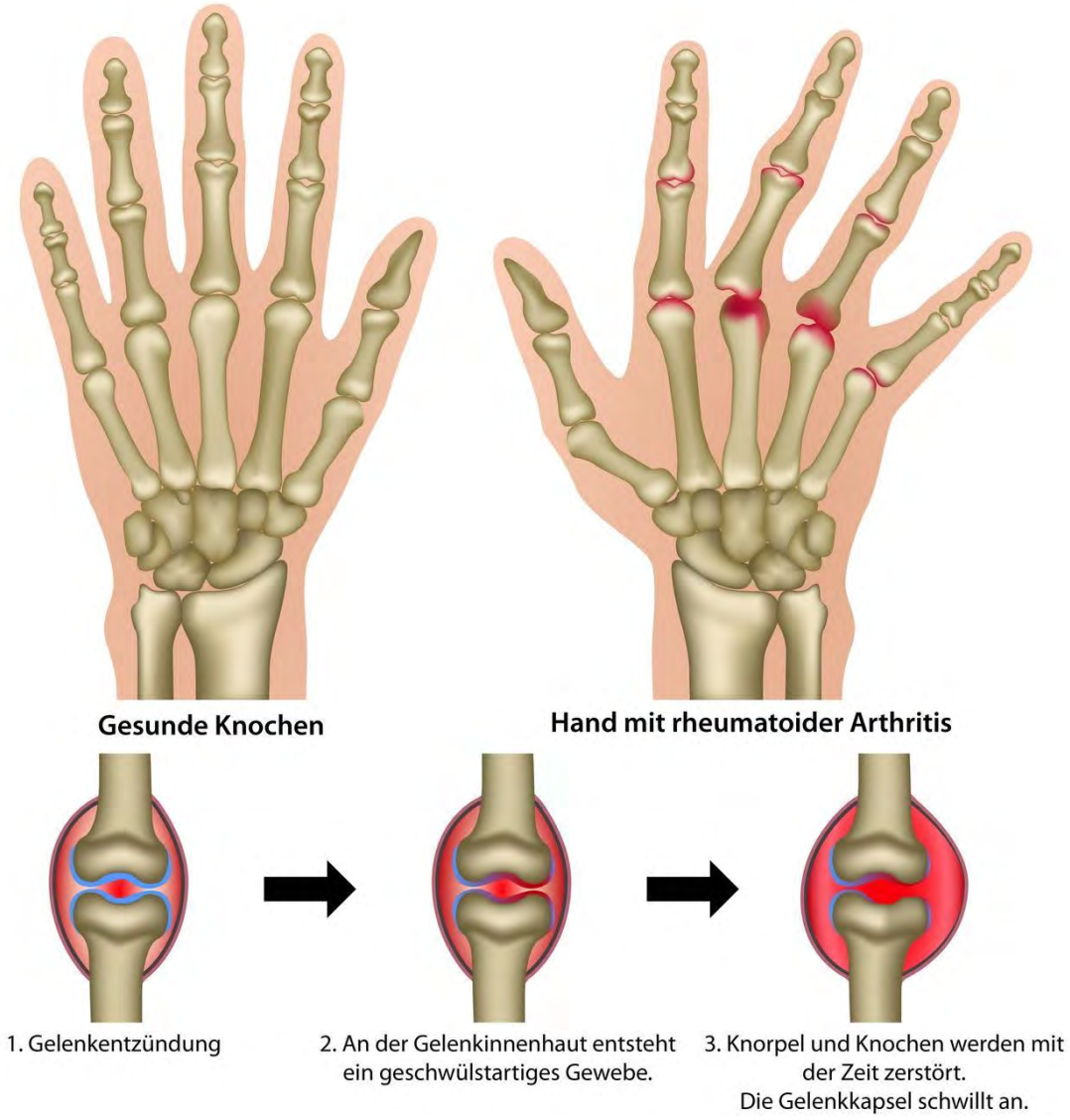
© bilderzwerg – Fotolia.com

Osteoporose



© bilderzwerg – Fotolia.com

Rheumatoide Arthritis



© bilderzwerg – Fotolia.com

Nicht-medikamentöse Therapie

2. Informationsstufe: Zu Gesundheit im Alltag, z.B.

- Eigenübungen
- Bewegung im Alltag, wie Radfahren, Wandern, Schwimmen,
- Aqua-Gymnastik, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen zunächst aufwärmen z.B. durch Radfahren, Walking, zudem mit Cool-down Phase, auch isometrische Anspannungsübungen, Thai-Chi
- Funktionstraining & Rehasport (Muster 56)
- Nikotinstopp z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „rauchfrei Ausstiegsprogramm“(www.rauchfrei-info.de & http://www.rauchfrei-programm.de/)
- Vermeidung von Sportarten mit hoher Verletzungsgefahr
- Regionale Sport- und/oder Turnvereine zur Gruppenförderung und Motivation (Rezept für Bewegung über den DOSB www.dosb.de & https://gesundheit.dosb.de/angebote/rezept-fuer-bewegung & https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung/),
- Gewichtsoptimierung
- Gesundheitsbewusste Ernährung, v.a. bei rheumatologischen Erkrankungen mediterrane und damit eher basisch ausgerichtete Küche mit Gemüse, Obst, Salat (mit milden Saucen) und eher vegetarisch ist besonders empfehlenswert (www.rheuma-liga.de, www.dge.de)
- Förderung der psychischen Gesundheit, z.B. soziale Kontakte, Bewegung (Gruppenangebote)

Nachfolgend Beispiele für Eigenübungen. Bezüglich der rheumatoiden Gelenkerkrankungen wird auf die Rheumaliga Baden-Württemberg verwiesen.

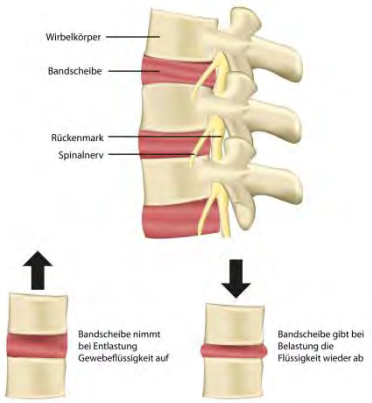
Eigenübungen bei unspezifischen Rückenschmerzen

Es ist nie zu spät vorzubeugen!

„Auch wenn Sie bereits Kreuzschmerzen haben – lassen Sie sich nicht entmutigen. Sie können dennoch viel tun, um Ihr Wohlbefinden zu steigern und weiteren Schmerzen oder gar der Entwicklung chronischer Beschwerden vorzubeugen. Das Wort „Prävention“ bedeutet, mit Hilfe gezielter Aktivitäten, bestimmte gesundheitliche Schäden zu verhindern, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Grundpfeiler zur Vorbeugung von Kreuzschmerzen ist körperliche Bewegung! Darüber hinaus macht es Sinn, Betroffene bestmöglich über ihre Erkrankung zu informieren und aufzuklären sowie ergonomische Vorgaben umzusetzen.“

Stetiger Wechsel zwischen Be- und Entlastung

„Zwischen den insgesamt 33 knöchernen Wirbeln liegen die verformbaren Bandscheiben. Sie bestehen aus einer bindegewebigen Rinde und einem gummiartigen Gallertkern. Diese Zwischenwirbelscheiben […] fungieren als „Stoßdämpfer“ und fangen ähnlich einem Wasserkissen Bewegungen ab, die zum Beispiel beim Springen oder Laufen entstehen. Vergleichbar mit einem Schwamm nehmen die Bandscheiben bei Entlastung Nährstoffe aus dem umliegenden Gewebe auf. Bei Belastung geben sie „Abfallprodukte“ an die Umgebung ab. Sie versorgen sich per Diffusion. Für einen funktionierenden Stoffwechsel benötigen die Zwischenwirbelscheiben so einen stetigen Wechsel zwischen Be- und Entlastung. Andauernde Belastungen, etwa langes Sitzen oder Fehlhaltungen, stören dieses Gleichgewicht jedoch. Durch den Druck, der tagsüber auf den Zwischenwirbelscheiben lastet, verlieren sie Wasser und flachen ab. Ein Mensch kann abends so mehrere Zentimeter kleiner sein als am Morgen.“



© bilderzwerg – Fotolia.com

Körperliche Bewegung

„Unterstützen Sie Ihren Rücken, indem Sie sich regelmäßig bewegen. Das heißt nicht, dass Sie Leistungssport machen müssen. Suchen Sie sich eine Bewegungsart aus, die Ihnen Freude macht und rückenschonend ist – zum Beispiel Schwimmen, Wandern oder Radfahren. Kräftigen Sie so Ihre Rückenmuskulatur und verbessern Sie Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit […]. Schmerzepisoden können dadurch kürzer und seltener werden. Studien haben den positiven Einfluss körperlicher Aktivität deutlich gezeigt.“ zitiert nach PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, 1. Auflage, Version 2 vom 06.08.2013, S. 11, 84)

Beispiel zu Eigenübungen zur Kräftigung der Hüftmuskulatur

Ausgangsstellung: abgestützter Stand

- Seitlicher Fußabstand 10 cm
- Knie und Hüfte gebeugt
- Oberkörper liegt auf und wird über Arme abgestützt
- Leiste hat Kontakt zur Tischkante

Aktion 1:

- Linkes Knie anbeugen und langsam nach hinten oben führen, dabei das Knie zunehmend strecken
- Position 1 – 2 Sekunden halten

➔ **Effekt:**

- Muskuläre Anspannung Oberschenkelrückseite und Gesäß nimmt zu

Aktion 2:

- Linkes Bein langsam zur Ausgangsstellung absenken

➔ **Effekt:**

- Muskuläre Anspannung Oberschenkelrückseite und Gesäß nimmt ab

Quelle:
Aus *Das Tübinger Hüftkonzept. Von der Wissenschaft in die Praxis* (S.113) von G. Haupt, P. Janßen, I. Krauß & B. Steinhilber, 2014, Essen: Verlag hellblau GmbH & Co. KG, Wiedergabe mit Genehmigung
Fotografien: Jochen Tack

Eigenübungen Osteoporoseprophylaxe

Ernährung & Lebensstil

Muskelkraft, Koordination und Stürze

„Regelmäßige körperliche Aktivität mit der Zielsetzung, Muskelkraft und Koordination zu fördern. Vermeidung von Immobilisation.

Bei Alter > 70 Jahre
→ Jährliche Sturzanamnese

Bei hohem Sturzrisiko
→ Ursachen- und Risikoabklärung
→ Therapie vermeidbarer Sturzursachen“

© contrastwerkstatt – Fotolia.com

Ernährung und Lebensstil

„Ausreichende Kalorienzufuhr (Body Mass Index > 20)

Abklärung der Ursache eines Untergewichts

Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung

Mindestens 30 Minuten täglich Sonnenlichtexposition von Armen und Gesicht zur Bildung von Vitamin D3

Kein Nikotin“

© S. Velusceac – Fotolia.com

© C. Jung – Fotolia.com

(zitiert nach AWMF, Leitlinie Osteologie – Empfehlungen des Dachverbandes Osteologie (DVO). Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen – Kurzfassung, 2009, S. 1)

Nicht-medikamentöse Therapie

3. Informationsstufe: Zu Gesundheitsangeboten der AOK/Bosch BKK, z.B.

- Gesundheitsangebote der AOK/Bosch BKK, abgestimmt auf die individuellen Beschwerden
- Sozialer Dienst der AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK
- AOK-proReha, AOK-Sports
- AOK www.Ich-werde-nichtraucher.de, AOK Expertenforum zum Nichtrauchen, AOK Kurs: „Ja, ich will Nichtraucher werden!“, Über Curaplan (DMP) Persönliche Raucherberatung & Kurs „Ja, ich werde Nichtraucher“
- AOK „Aktiv abnehmen – bewusst essen“ Curaplan (DMP) „Leichter leben- leichter fühlen“, Adipositasmodul der Bosch BKK (Hausarztvertrag)
- AOK „Clever Walking“, “Laufend fitter werden“, Curaplan (DMP) Schonwalking, Lebe Balance: ein Programm für psychische Gesundheit, analog, Online-Seminare, App und Podcast https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/podcast-fuer-mehr-achtsamkeit-und-weniger-stress-lebe-balance/ usw.
- Curaplan (DMP) v.a. KHK und Diabetes

Hinführung in die AOK-Gesundheitsangebote/zum AOK-Präventionsberater

1. Information und Beratung des Patienten anhand der „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“

2. Verordnung der AOK-Gesundheitsangebote mittels grünem Rezept

Anhand der zugeordneten Farben der Beschwerde- und Krankheitsbilder sind passende AOK-Gesundheitsangebote und deren Inhalt schnell gefunden.

Beschwerden/Erkrankungen:

Rückenschmerzen (unspezifisch)	
Rückenschmerzen (spezifisch)	
Gon- und Koxarthrose mit TEP	
Gon- und Koxarthrose ohne TEP	
Osteoporose	
Rheumatoide Gelenkerkrankungen	

3. Übergabe der „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“, des grünen Rezepts (ärztliche Empfehlung) sowie des Flyers zum AOK-Präventionsberater an den Patienten für den Zugang zum AOK-Gesundheitsangebot/AOK-Präventionsberatung

Hinführung in die Gesundheitsangebote der Bosch BKK

1. Information und Beratung des Patienten anhand der „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“
2. Verordnung der Gesundheitsangebote mittels grünem Rezept oder/und durch Ankreuzen im Bosch BKK-Infoflyer
3. Übergabe der „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“ und des grünen Rezepts an den Patienten für den Zugang zu den Gesundheitsangeboten

Vermittlung von Patienten aus dem Orthopädievertrag zum AOK-Präventionsberater/in die AOK-Gesundheitsangebote

Der Orthopäde kann bei entsprechender Diagnose in der dritten Informationsstufe in individuelle, hilfreiche AOK-Gesundheitsangebote per Verordnung vermitteln.

a) Die Verordnung in krankheitsspezifische AOK-Gesundheitsangebote erfolgt über das **grüne Rezept**. Für den/die AOK-Präventionsberater/in* sollten hieraus folgende Informationen ersichtlich werden:

- **Diagnose** gemäß ICD-10-GM (ICD-Schüssel)
- **Empfohlene AOK-Gesundheitsangebote** (gemäß Liste „Überblick zu den AOK-Gesundheitsangeboten“)
- Weitere Informationen wie gewünschte **Rückmeldung** zu durchgeführten Maßnahmen

b) Die **„Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“** geben einen Überblick zu individuellen Empfehlungen und sollten dem Patienten nach Bearbeitung im Arzt-Patienten-Gespräch übergeben werden. Der Patient kann die „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“ mit zum/zur AOK-Präventionsberater/in nehmen, so dass ersichtlich wird zu welchen gesundheitsfördernden Themen die Beratung krankheitsspezifisch erfolgte (z. B. Bewegung, Ernährung, Nikotinstopp).

c) Der **Flyer** zum „AOK-Präventionsberater“ liefert den Patienten die notwendigen regionalen Kontaktdaten, die zur Terminvereinbarung mit den AOK-Präventionsberater/innen vor Ort notwendig sind.

*Hochwertige Beratungsqualität durch qualifizierte Fachkräfte (z. B. Ernährungs- und Sportfachkräfte), bedarfsgerechte Beratung der Kunden in individuell passende Angebote/Maßnahmen. Auf Wunsch Rückkopplung der Ergebnisse ggf. an den Orthopäden.

AOK FACHARZT PROGRAMM

Überblick zu den AOK-Gesundheitsangeboten bei muskuloskelettalen Beschwerden & Erkrankungen

Stand: 05/2018

AOK FACHARZT PROGRAMM

Überblick zu den AOK-Gesundheitsangeboten

bei muskuloskelettalen Beschwerden & Erkrankungen

Als AOK – *Die Gesundheitskasse* helfen wir unseren Versicherten selbstverständlich sehr gerne dabei, selber für ihre Gesundheit aktiv zu werden. Mit Angeboten z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und psychische Gesundheit bietet die AOK – *Die Gesundheitskasse* viele innovative und wissenschaftlich fundierte Programme, deren Teilnahme für unsere Versicherten kostenfrei ist.

Um unsere Versicherten im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Orthopädie optimal zu versorgen, wurden die regionalen AOK-Präventionsberater implementiert. Hier erhalten AOK-Versicherte eine kompetente Beratung, individuelle Empfehlungen und zielgerichtete Navigation.

Zur besseren Orientierung haben wir im Folgenden zu den häufigen muskuloskelettalen Beschwerden und Erkrankungen unsere AOK-Gesundheitsangebote den Kategorien „sehr geeignet“, „geeignet“ und „nicht geeignet“ zugeordnet.

Die Verordnung für AOK-Gesundheitsangebote erfolgt über das grüne Rezept mit der Diagnose gemäß ICD-Schlüssel, empfohlenes AOK-Gesundheitsangebot und weiteren Informationen wie gewünschte Rückmeldung zu den durchgeführten Maßnahmen. Versicherten bitte das grüne Rezept, die „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“ sowie den Flyer zum AOK-Präventionsberater (mit regionalen Kontaktdaten) aushändigen.

Beschwerden/Erkrankungen:

- Rückenschmerzen (unspezifisch) ☐
- Rückenschmerzen (spezifisch) ☐
- Gon- und Koxarthrose mit TEP ☐
- Gon- und Koxarthrose ohne TEP ☐
- Osteoporose ☐
- Rheumatoide Gelenkerkrankungen ☐

Anhand der zugeordneten Farbe der Beschwerde- und Krankheitsbilder sind passende AOK-Gesundheitsangebote und deren Inhalt schnell gefunden.

Zu weiteren Information und Terminen vor Ort:
http://www.aok-bw.de/orthopaedie
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/gesundheitsangebote-vor-ort-67065.php

Zur Begriffserklärung:
http://www.pschyrembel.de/

Weitere Informationen finden Sie auch unter www.aok-bw.de/orthopaedie

Angebot	Inhalt - Indikation - Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK Rücken-Konzept	**Inhalt:** ▪ Speziell ausgebildete AOK-Fachkräfte ▪ Krafttraining, Funktionsgymnastik, Stretching, ergonomisches Verhaltenstraining ▪ Standardisierte Anamnese (Beschwerdebild, Befinden, Trainingszustand) ▪ Apparativ gestützte biomechanische Analyse isolierter Wirbelsäulenfunktionen ▪ Standardisiertes 12 Wochen-Trainingsprogramm und Evaluation der erreichten Ergebnisse **Indikation:** ▪ Konservativ/operativ behandelter Bandscheibenvorfall (ab 3 Monaten) ▪ Nachgewiesene degenerative Veränderungen, Spondylolysen und Spondylolisthesen ▪ Zustand nach Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder operativen Therapie ▪ Chronisch entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen im nicht akuten Stadium ▪ Funktionelle Rückenbeschwerden (muskuläre Dysbalancen) ▪ Kurrückkehrer (Rehabegleiter) ▪ Angehörige von Betrieben, bei denen aufgrund der AU-Analyse starke Rückenbelastungen erkannt wurden **Kontraindikationen:** ▪ Frische Frakturen/Operationen der Wirbelsäule/der langen Röhrenknochen (bis 4 Monate danach) ▪ Schnittoperationen im Bauchbereich/Leistenhernien Operationen (bis 4 Monate nach Operation) ▪ Akuter Bandscheibenvorfall (bis 3 Monate nach Ereignis) ▪ Fehlbildungen der Wirbelsäule (Spina bifida mit Befall von mehr als einem Wirbelsäulensegment, Morbus Scheuermann im Wachstumsalter, Skoliose im Wachstumsalter mehr als 30° Cobb) ▪ Akute bakterielle Spondylodiscitis ▪ Stabilitätsgefährdende Osteolysen des Skeletts (Knochenmetastasen; Knochentumore) ▪ Schwere Herz-Kreislauferkrankungen mit Herzinsuffizienz NYHA III,IV: (instabiler Angina pectoris, Aneurysma der großen Gefäße, höhergradige Herzrhythmusstörungen) ▪ Grüner Star (Augeninnendruck nicht im Normbereich, Netzhautablösung) ▪ Schwere entzündliche Gelenk-/Wirbelsäulenerkrankungen im akuten Schub und starke Schmerzen	Sehr geeignet: 🟨 🟥 ☐ ☐ ☐ ☐ Geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nicht geeignet: ☐ ☐ ⬛ 🟪 🟦 🟩

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK-Rückenfit (Grund-kurs)	**Inhalt:** ▪ Im Grundkurs gibt es Tipps für rückengerechtes Verhalten im Alltag, wirksame Übungen für zu Hause und eine Anleitung zur persönlichen Entspannung **Indikation:** ▪ Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: 🟨🟥⬜⬜⬜⬜ Geeignet: ⬜⬜⬜⬜🟦⬜ Nicht geeignet: ⬜⬜⬛🟪⬜🟩
AOK-Rückenfit (Aufbau-kurs)	**Inhalt:** ▪ Im Aufbaukurs werden die Übungen vertieft, um Muskeln zu kräftigen und den Rumpf zu stabilisieren **Indikation:** ▪ Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: 🟨🟥⬜⬜⬜⬜ Geeignet: ⬜⬜⬜⬜🟦⬜ Nicht geeignet: ⬜⬛🟪⬜⬜🟩

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK-Functional Fitness	**Inhalt:** ▪ Grundlegende Qualität der Bewegungsabläufe, Muskelfunktionen und Leistungssteigerung ▪ Laufen, Springen, Hüpfen, Drehen und Bewegungen des täglichen Lebens wie Aufstehen, Aufrichten, Heben, Gehen und Tragen ▪ Stabilisation der Gelenke und des gesamten Rumpfs (Core Stability) sowie die Eigenwahrnehmung von Muskeln, Sehnen und Gelenken (Propriozeption) **Indikation:** ▪ Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: 🟨 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Geeignet: ☐ 🟥 ☐ 🟪 ☐ ☐ Nicht geeignet: ☐ ☐ ⬛ ☐ 🟦 🟩

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK – Laufend fitter werden	**Inhalt:** Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen, insbesondere der Faktoren: gesundheitsbezogene Fitness, Ausdauer, Kraft, Koordinationsfähigkeit, Dehnfähigkeit und Entspannungsfähigkeit im Einklang mit der Natur Stärkung der psychosozialen Gesundheitsressourcen, insbesondere von Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept und sozialer Kompetenz **Indikation:** ▪ Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung **Weitere Anmerkungen:** . Verminderung von Risikofaktoren, insbesondere solcher des Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Systems	Sehr geeignet: ☐☐☐☐☐☐ Geeignet: 🟨🟥⬛🟪🟦☐ Nicht geeignet: ☐☐☐☐☐🟩

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

		Eignung nach Krankheitsbild
Angebot	**Inhalt, Indikation, Kontraindikation**	**Eignung nach Krankheitsbild**
AOK-HüftKnie-Programm	**Inhalt:** ▪ Speziell ausgebildete AOK-Fachkräfte ▪ Ein Präventionskonzept der AOK Baden-Württemberg bei Hüft- und Kniearthrose in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen (THüKo) ▪ Standardisiertes 8 Wochen-Trainingsprogramm (1x/Woche Gruppentraining über 60-90 min) mit 2x/Woche Heimtraining, jeweils ca. 30-40 min. ▪ Mobilisation, Funktionsgymnastik, Stretching, ergonomisches Verhaltenstraining ▪ Das Training berücksichtigt insbesondere Elemente zur Verbesserung der Beweglichkeit, zur Kräftigung (30-70% der Maximalkraft), sowie zur Koordination und Verbesserung der posturalen Kontrolle **Primäre Indikation:** ▪ Osteoarthrose an Hüft- und/oder Kniegelenk(en) im Anschluss an die kurative Therapie **Erweiterter Indikationsbereich:** (Kontraindikationen beachten!) ▪ Postoperative Sporttherapie nach gelenkerhaltender Operation oder künstlichem Gelenkersatz an Knie und/oder Hüfte im Anschluss an die kurative Therapie ▪ Prä-arthrotische Gelenkveränderungen, z. B. nach vorausgehenden Gelenkverletzungen (Kreuzbandriss) oder Fehlstellung (femoro-acetabuläres Impingement) **Ergänzende Einschlusskriterien:** ▪ Zeitliche Verfügbarkeit für das Training ▪ Gesundheitliche Eignung für die Interventionsmaßnahme. (Gesundheitliche Eignung meint gleichermaßen die physischen und psychischen Voraussetzungen des/der Teilnehmers/in für die Therapie in der Gruppe und zu Hause.)	Sehr geeignet: □ □ ■ ■ □ □ Geeignet: ■ □ □ □ ■ ■ Nicht geeignet: □ ■ □ □ □ □

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

	Kontraindikationen: ▪ Instabile Verankerung bei bereits bestehendem künstlichem Gelenkersatz an Knie und/oder Hüfte ▪ Radiologische Zeichen einer Prothesenlockerung ▪ Gelenkinfektion ▪ Hüftluxation nach künstlichem Gelenkersatz an der Hüfte ▪ Prothesenbedingter Ruhe und/oder Belastungsschmerz ▪ Akute Krankheit ▪ Verwendung einer Gehhilfe ▪ Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder andere Begleiterkrankungen, die eine hochgradig verminderte Belastungsfähigkeit im Alltag zur Folge haben und als Kontraindikation einer körperlichen Belastung gelten (z. B. Herzinsuffizienz NYHA III-IV, terminale Niereninsuffizienz Stadium IV). ▪ Unzureichende deutsche Lese- und Sprachkenntnisse zum Verständnis schriftlichen (Buch) und verbalen (Übungsleiter) Trainingsanweisungen.	

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK – Clever Walking: Fit im Kopf	**Inhalt:** Stärkung der Ausdauerleistungsfähigkeit unter Einbezug kognitiver Aufgaben **Indikation:** ▪ Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger. Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: ■ ■ ■ ■ ■ ■ Geeignet: □ □ □ □ □ □ Nicht geeignet: □ □ □ □ □ □
AOK – Aktiv und genussvoll Abnehmen	**Inhalt:** Abnehmkurs als Kombi-Angebot aus Ernährung und Bewegung. Dadurch soll dauerhaft ein aktiver, gesundheitsorientierter Lebensstil erreicht werden **Indikation:** ▪ Bestehendes Übergewicht BMI> 25 kg/m2 sowie mit einem BMI bis 30 kg/m2 nach ärztlicher Rücksprache und spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems ▪ jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: ■ □ □ □ □ □ Geeignet: □ □ □ □ Nicht geeignet: □ ■ □ □

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK-Yoga	**Inhalt:** ▪ Ziel: Körper und Geist vor allem durch körperliche Übungen, durch Atemübungen und Meditation in Einklang bringen ▪ Yoga für mehr Vitalität und innere Gelassenheit **Indikation:** ▪ Spezielle Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftiger Erkrankung	Sehr geeignet: 🟨 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ 🟦 ☐ Nicht geeignet: ☐ 🟥 ⬛ 🟪 ☐ 🟩

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
Schon-walking **(für DMP-Teilnehmer)**	**Inhalt:** ▪ Spezielles Ausdauerprogramm, bei dem jede/r prima Schritt halten kann ▪ AOK-Sportfachkräfte gestalten die Kursstunde individuell für jeden Kursteilnehmer und nehmen Rücksicht auf eventuelle Einschränkungen	Sehr geeignet: 🟨 🟥 ⬛ 🟪 🟦 🟩 Geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nicht geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Schon-gym-nastik (für DMP-Teilnehmer)	**Inhalt:** ▪ Sanfte Schongymnastik mit ganz einfachen Übungen ▪ Funktionelle Gymnastik, die Gelenke, Bänder und Muskeln schont ▪ Linderung von Alltagsbeschwerden, Vorbeugung einseitiger Belastungen	Sehr geeignet: 🟨🟥⬛🟪🟦🟩 Geeignet: ☐☐☐☐☐☐ Nicht geeignet: ☐☐☐☐☐☐

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
Lebe Balance Seminar	**Inhalt:** ▪ Kein Anti-Stressprogramm, sondern ein Präventionsprogramm zur Stärkung der psychischen Gesundheit ▪ Achtsamkeit (den Augenblick leben) ▪ Akzeptanz und Bereitschaft ▪ Abstand zu Gedanken und Gefühlen (G + G sind keine Wahrheit) ▪ Eigene Werte und Ziele erkennen ▪ Werte und Ziele umsetzen ▪ Probleme lösen ▪ Zwischenmenschliche Kommunikation ▪ Basiert auf der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach Steve Hayes Hintergrundinformation http://www.daslebenannehmen.de/41323/home.htm **Indikation:** ▪ Versicherte mit und ohne Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen ▪ Potentiell behandlungsbedürftige Stressfolgen vermeiden ▪ Die Maßnahmen können auch für spezielle Zielgruppen zur Bewältigung spezifischer Belastungen (z. B. familiäre Überlastung, berufliche Überlastung – auch durch Schichtarbeit –, psychosoziale Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit) durchgeführt werden **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen	Sehr geeignet: ■ □ □ □ □ □ Geeignet: □ ■ ■ ■ ■ ■ Nicht geeignet: □ □ □ □ □ □

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK - Achtsam bewegt	**Inhalt:** ▪ Bewegungs- und Entspannungsangebot indem die Teilnehmer/innen verschiedene Bewegungs- bzw. Entspannungsformen kennen/erfahren lernen „Welche Bewegung tut mir gut und wie kann ich mich richtig entspannen?“ Probieren Sie mit uns verschiedene Bewegungs- und Entspannungsformen aus. Erleben Sie, welche Aktivität zu Ihnen passt und wie Sie am besten abschalten können.	Sehr geeignet: ■ □ □ □ □ □ Geeignet: □ ■ ■ ■ ■ ■ Nicht geeignet: □ □ □ □ □ □
AOK – Entspannung von Kopf bis Fuß	**Inhalt:** In diesem Kurs steht die Regulation und Kontrolle physiologischer und psychischer Stressreaktionen im Vordergrund **Indikation:** ▪ Versicherte mit Risiken im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechsels, des Stütz- und Bewegungsapparates oder anderer stressbedingter Erkrankungen ▪ Potentiell behandlungsbedürftige Stressfolgen vermeiden ▪ Die Maßnahmen können auch für spezielle Zielgruppen zur Bewältigung spezifischer Belastungen (z. B. familiäre Überlastung, berufliche Überlastung – auch durch Schichtarbeit –, psychosoziale Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit) durchgeführt werden **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen	Sehr geeignet: ■ □ □ □ □ □ Geeignet: □ ■ ■ ■ ■ ■ Nicht geeignet: □ □ □ □ □ □

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
AOK – Achtsam und genussvoll essen	**Inhalt:** Hunger und Sättigung anders spüren und durch Achtsamkeit ein positives Essverhalten entwickeln **Indikation:** ▪ Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychischen (Ess-)Störungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychischen (Ess-)Störungen	Sehr geeignet: 🟨 ☐ ⬛ 🟪 🟦 🟩 Geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nicht geeignet: ☐ 🟥 ☐ ☐ ☐ ☐

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
Trendküche: veggie, vegan und Co (Kochkurs)	**Inhalt:** ▪ Vegetarische bzw. vegane Küche Fokus auf gesundheitliche Vorteile und Hinblick auf was zu achten ist für eine ausreichende Nährstoffversorgung **Indikation:** ▪ Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychischen (Ess-)Störungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychischen (Ess-)Störungen	Sehr geeignet: 🟨 ☐ ⬛ 🟪 🟦 🟩 Geeignet: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nicht geeignet: ☐ 🟥 ☐ ☐ ☐ ☐

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Angebot	Inhalt, Indikation, Kontraindikation	Eignung nach Krankheitsbild
Online-programm Ab-nehmen mit Genuss	**Inhalt:** ▪ Internetbasiertes Beratungsprogramm zur Gewichtsreduktion und dauerhaften Gewichtsstabilisierung ▪ Individualisierte Informationen, Empfehlungen zur Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens, persönliche Beratung erfolgt in schriftlicher Form durch ein interdisziplinäres Beraterteam ▪ Teilnahmepreis: AOK-Versicherte einmalig 44,90 Euro (inkl. MwSt.) → alle anderen Teilnehmer einmalig 79,90 Euro (inkl. MwSt.) für einen Zeitraum von 52 Wochen → AOK-Versicherten wird die Teilnahmegebühr nach vollständiger Programmteilnahme in der Regel erstattet **Indikation:** ▪ Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychischen (Ess-)Störungen **Kontraindikationen:** ▪ Versicherte mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen des Stoffwechsels/psychischen (Ess-) Störungen	Sehr geeignet: ☐☐■■☐☐ Geeignet: ☐☐☐☐☐☐ Nicht geeignet: ■■☐☐■■
Ja, ich will: Nichtrauc her werden!	**Inhalt:** Das Rauchfrei Programm vereint neueste Konzepte der Motivationsforschung und Verhaltenstherapie. Die eingesetzten Methoden haben sich in klinischen Studien und Metaanalysen als wirksam erwiesen und entsprechen somit den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinien) und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europe) zur Behandlung der Tabakabhängigkeit. Bei der Durchführung des Rauchfrei Programms wird ein ganzheitliches Konzept beachtet. Es werden zum einen kognitiv-emotionale Verfahren zum Aufbau eines Problembewusstseins, zur Veränderung von Einstellungen und zur Förderung der Motivation angewendet. Zum anderen wird eine Verhaltensänderung durch ein zielorientiertes Vorgehen für ein rauchfreies Leben gefördert. Dadurch wird das hohe Rückfallrisiko reduziert. Der Einsatz von Medikamenten wird bei stark körperlich abhängigen Rauchern als Option berücksichtigt.	Sehr geeignet: ☐☐■■■■ Geeignet: ☐☐☐☐☐☐ Nicht geeignet: ■■☐☐☐☐

Bildnachweis: Bild zu AOK-Gesundheitsangebote: Doreen Salcher – Fotolia.com; Bild zu Gesund genießen, mehr bewegen: AOK Bundesverband; Bild zu XCO® Walking & Running: iStock; Bild zu Ja, ich werde Nichtraucher: Knut Wiarda – Fotolia.com; Bild zum Wegweiser: Visty – Fotolia.com

Rückenschmerz (unspezifisch) (P2A) **Rückenschmerz (spezifisch) (P2B)** **Gon-/Koxarthrose mit TEP (P3)**

Gon-/Koxarthrose ohne TEP (P3) **Osteoporose (P4)** **Rheumatoide Gelenkerkrankungen (P5)**

Weitere Informationen zu Gesundheitsangeboten der AOK Baden-Württemberg

Alle im Folgenden genannten Gesundheitsangebote finden Sie auch unter:
http://www.aok-bw.de/orthopaedie

Gesundheitsangebote der AOK Baden-Württemberg	
Schriftliche Informationen	Informationen speziell zum Thema Rückengesundheit ▪ Ihr persönliches Basisprogramm – Rückenübungen (Eigenübungen) ▪ Fitness- und Entspannungsübungen für Ihren Rücken und Ihr Wohlbefinden (Eigenübungen) ▪ Sanftes Rückentraining (Trainingstagebuch) ▪ Stark im Kreuz mit Autositz-Check für den Rücken ▪ Gesunde Pause im Büro „Bewegung – Ernährung – Entspannung“ ▪ Starke Haltung – der gesunde Rücken (für junge Familien) ▪ Starker Rücken „Bleib in Bewegung“ (für Kinder)

Internetgestützte Informationen der AOK	Ratgeber der AOK ▪ Ratgeberforum der AOK ▪ Ratgeberforum Ernährung ▪ Ratgeberforum Fitness und Bewegung ▪ Ratgeberforum Nicht-Rauchen 10 Tipps zu ▪ Sport ohne Leistungsdruck ▪ Einen Alltag ohne Stress ▪ Gesundes Schlemmen ohne schlechtes Gewissen Angebote für unterwegs ▪ AOK Gesund-Genießen ▪ Der Fettfallenfinder als App ▪ AOK Fit & Relax ▪ AOK Abnehmen mit Genuss ▪ AOK Bewusst einkaufen Tests zur Selbsteinschätzung ▪ Stressbelastung, Gestaltung und Situation am Arbeitsplatz, Work-Life-Balance ▪ Alles in Balance-Checks

Weitere Links zu Informationen	
DMP-Programme	**DMP Brustkrebs** ▪ AOK-Curaplan Brustkrebs **DMP-Koronare Herzerkrankungen** ▪ AOK-Curaplan Koronare Herzkrankheit **DMP-Diabetes Typ I** ▪ AOK-Curaplan Diabetes mellitus Typ 1 **DMP-Diabetes Typ II** ▪ AOK-Curaplan Diabetes mellitus Typ 2 **DMP Asthma/COPD** ▪ AOK-Curaplan Asthma ▪ AOK-Curaplan COPD **Curaplan aktiv online** ▪ Curaplan aktiv ist das Magazin der AOK Baden-Württemberg für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Curaplan-Behandlungsprogrammen.

Gesundheits-angebote der AOK	
Spezielle Angebote für die Rückengesundheit	▪ AOK-RückenKonzept (gerätegestützt) ▪ AOK-Rücken: Sanftes Rückentraining I (Grundkurs) ▪ AOK-Rücken: Sanftes Rückentraining II (Aufbaukurs) ▪ Sanftes Rückentraining speziell für ältere Menschen (weiteres lokales Angebot) ▪ Muskelaufbautraining für den Rücken (weiteres lokales Angebot) ▪ AOK-Mobil: Flexi – Bar – Kurs ▪ Pilates
Gesundheitsangebote allgemein Fit und Aktiv	▪ AOK-Cardio: AOK-CardioFit ▪ AOK-Mobil: XCO-Training indoor ▪ Pilates für Einsteiger / Fortgeschrittene ▪ AOK-Mobil: Flexi-Bar-Kurs ▪ AOK-Mobil: Fit Mix – Bewegung macht Figur ▪ AOK-Mobil: Functional Fitness ▪ AOK-Cardio: Mit 5 + 5 laufend abnehmen ▪ AOK-Cardio: Einfach fitter werden - von null auf zehn km ▪ AOK-Mobil: Beckenbodengymnastik

AOK-KochWerkstatt	▪ Gesund genießen, mehr bewegen: PfundsFit zum Wohlfühlgewicht ▪ Gesunde Genüsse aus der Ruck-Zuck-Küche: Salate und Snacks für Berufstätige ▪ Küchenbasics ▪ Gesunde Expertenküche: Grüne Kraftpakete aus der Kräuterwelt ▪ Gesunde Expertenküche: After-Work-Küche
Psychische Gesundheit	▪ Lebe Balance – ein primärpräventives Angebot für die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit
Dem Stress begegnen	▪ Hatha-Yoga ▪ AOK-Blitzentspannung ▪ Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen ▪ Pilates ▪ Autogenes Training ▪ Stressbewältigung ▪ Entspannungs- und Wellness-Seminar
Leib und Seele in Balance	▪ Gesund genießen, mehr bewegen: PfundsFit zum Wohlfühlgewicht ▪ Küchenbasics: Lecker vegetarisch essen ▪ Küchenbasics: Al dente – Sattmacher auf die leichte Art ▪ Küchenbasics: Gesund einkaufen – Stressfrei durch den Einkaufsdschungel ▪ Gesunde Expertenküche: Fisch – Lust auf Meer
Rauchen? – Nein, Danke!	▪ Ja, ich werde Nicht-Raucher!

Gesundheitsangebote der AOK im Internet

Rückengesundheit	Interaktives Online-Schulungsprogramm für einen gesunden Rücken ▪ RückenAktiv
Primärpräventive Online-Angebote	**Primärpräventive Angebote zum Thema Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung** ▪ AOK-Sportpartner ▪ AOK Fitness-Coach ▪ Abnehmen mit Genuss ▪ Stress im Griff ▪ Stress im Griff am Arbeitsplatz – Spezial ▪ Laufend in Form ▪ Mit dem Rad zur Arbeit

Übersicht zu Patienteninformationen

- auf der Basis unabhängiger Informationsquellen -

IQWiG – Gesundheitsinformationen **www.gesundheitsinformation.de - Website für Patienteninformationen**	
„Die Website Gesundheitsinformation.de richtet sich mit einem breiten Themenspektrum sowohl an (gesunde) Verbraucherinnen und Verbraucher als auch an Patientinnen und Patienten und umfasst auch viele hilfreiche Informationen zu muskuloskelettalen Krankheitsbildern.“ „Das IQWiG versteht sich als wissenschaftliche Informationsquelle für die Öffentlichkeit sowie für Ärztinnen und Ärzte, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Konsumenten und andere Interessierte. Es fungiert als unabhängiger Herausgeber von evidenzbasierten medizinischen Informationen für Bürgerinnen, Bürger, Patientinnen und Patienten […].“ „Die Aufgabe des IQWiG ist die Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen und die Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse […].“ (IQWiG, 2013)	
Homepage zu evidenzbasierten, unabhängigen Patienteninformationen	http://www.gesundheitsinformation.de z.B. Themengebiete ▪ Muskeln, Knochen & Gelenke ▪ Prävention z.B. Themen von A bis Z

Robert Koch-Institut – RKI

www.rki.de

Das RKI veröffentlicht über Themenhefte regelmäßig die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) und berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland. Das Themenspektrum ist vielfältig und reicht von Krankheiten und Beschwerden über das Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zu Präventionspotenzialen sowie zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und der damit verbundenen Kosten. Die Daten und Fakten werden dabei wissenschaftlich fundiert und handlungsorientiert dargestellt.

Die Themenhefte, Beiträge zur GBE und Gesundheitsberichte für Deutschland liegen auch gedruckt vor und können über die Funktion "Warenkorb" kostenlos über die Homepage (siehe unten) bestellt werden (RKI, 2013).

Themenhefte der Gesundheits-berichterstattung des Bundes	Auflistung der Themenhefte im Überblick ▪ Gesamtübersicht der Themenhefte Themenheft zu orthopädischen Krankheitsbildern ▪ Themenheft Arthrose – Nr. 54 ▪ Themenheft Rückenschmerzen – Nr. 53 ▪ Themenheft entzündlich rheumatische Erkrankungen – Nr. 49 ▪ Körperliche Aktivität – Nr. 26 ▪ Themenheft Übergewicht und Adipositas – Nr. 16 ▪ Themenheft Gesundheit im Alter – Nr. 10 ▪ Themenheft Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin – Nr. 9 ▪ Themenheft chronische Schmerzen – Nr. 7

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA

www.bzga.de

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserhaltung sind die beiden obersten Ziele der BZgA. Durch Maßnahmen und Programme der BZgA leistet sie einen Beitrag zur inhaltlichen Aufklärung. Schwerpunkte der BZgA sind Neuerkrankungshäufigkeiten zu senken (Primäre Prävention) und Krankheitsfrüherkennung zu steigern (Sekundäre Prävention) sowie allgemein die Gesundheitspotenziale zu stärken (Gesundheitsförderung). Dazu werden Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten der Menschen gestärkt, sich gesund zu verhalten, Risiken zu erkennen und zu vermeiden und so für die eigene und die Gesundheit anderer Verantwortung zu übernehmen.

Patienteninformationen	Übersichten zu
	▪ Themenschwerpunkten der BZgA ▪ Medienübersicht ▪ Beratungsstellen ▪ Internetangeboten

Die AWMF – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin **www.awmf.org**	
„Die AWMF berät über grundsätzliche und fachübergreifende Fragestellungen in der wissenschaftlichen Medizin, fördert die Zusammenarbeit ihrer Mitgliedsgesellschaften bei der Wahrnehmung ihrer wissenschaftlich-medizinischen Aufgaben und Ziele sowie den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis. Darüber hinaus vertritt sie in Kooperation mit anderen ärztlichen Organisationen die Interessen der wissenschaftlichen Medizin gegenüber den zuständigen politischen Gremien und der Öffentlichkeit, strebt eine enge Zusammenarbeit mit vergleichbaren Organisationen an und stellt somit einen wichtigen Pfeiler in der medizinischen Organisation Deutschlands dar.“ (AWMF, 2014)	
Evidenzbasierte unabhängige Patienteninformationen	Z.B.: ▪ Patientenleitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ▪ DVO Leitlinie Osteoporose 2009

Rheuma-Liga in Baden-Württemberg

www.rheuma-liga-bw.de

Die Deutsche Rheuma-Liga ist eine der größten Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich. Angebote der Hilfe und Selbsthilfe für die Betroffenen, die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Vertretung der Interessen Rheumakranker gegenüber Politik, Gesundheitswesen und Öffentlichkeit sowie die Förderung von Forschung sind vorrangige Aufgaben der Organisation. (Rheuma-Liga, 2013)

Patienteninformationen	Übersicht zu ▪ Broschüren ▪ Merkblätter ▪ Poster zu Bewegungsübungen ▪ Kurz und Knapp – Faltblätter ▪ Fremdsprachige Merkblättern

Rehasport und Funktionstraining

www.lsvbw.de
www.bbsbaden.de
www.wbrs-online.net
www.rheuma-liga-bw.de

Breitensport, z.B.	Landessportverband Baden-Württemberg ▪ Umkreissuche Badischer Behindertensportverband ▪ Umkreissuche Württembergischer Behindertensportverband ▪ Umkreissuche Rheuma-Liga Baden-Württemberg ▪ Selbsthilfe und Funktionstraining vor Ort – Umkreissuche

Vermittlung von Patienten aus dem Orthopädievertrag zu Gesundheitsangeboten über die Patientenbegleitung der Bosch BKK

Bei Bedarf werden vom Orthopäden individuelle Gesundheitsangebote per Verordnung oder/und durch Ankreuzen im beiliegendem Bosch BKK-Infoflyer vermittelt:

a) Der zum Orthopädievertrag gehörige Infoflyer gibt einen Überblick zu individuellen Empfehlungen und bietet dem Orthopäden die Möglichkeit, individuell empfohlene Maßnahmen anzukreuzen

b) In die individuellen Gesundheitsangebote wird per Verordnung (grünes Rezept) oder/und Infoflyer vermittelt. Darauf sind für die Patientenbegleiter* der Bosch BKK folgende Informationen ersichtlich:

   - Zu welchen gesundheitsfördernden Themen die Beratung krankheitsspezifisch durch die Patientenbegleiter erfolgen soll (z.B. Bewegung, Ernährung, Nikotinstopp)
   - Empfohlene Gesundheitsangebote (gemäß Liste im Infoflyer)

c) Der Patient soll von der orthopädischen Arztpraxis an die Bosch BKK Geschäftsstelle vor Ort verwiesen werden. Eine entsprechende Telefonnummer ist auf dem Infoflyer ersichtlich.

*Hochwertige Beratungsqualität durch geschulte Fachkräfte, bedarfsgerechte Steuerung und Beratung der Kunden in individuell passende Angebote/Maßnahmen. Auf Wunsch Rückkopplung der Ergebnisse an den Orthopäden.

Ihre Ansprechpartner

Wir beraten Sie gerne ausführlich, was wir für Sie in Ihrer individuellen Situation tun können. Wenden Sie sich einfach an die Patientenbegleiter Ihrer Bosch BKK:

Bühl
Tel.: 07223 80833-16

Ludwigsburg, Schwieberdingen
Tel.: 07141 97116-16 oder -18

Horb, Reutlingen
Tel.: 07121 93934-20 oder -21

Leonberg, Stuttgart
Tel.: 0711 811-46779 oder -32766

Leinfelden-Echterdingen, Waiblingen, Wernau
Tel.: 07151 50285-38 oder -51

Oder per E-Mail an:
Info@Bosch-BKK.de

Änderungen vorbehalten – Stand 01.01.2014. Die Darstellung gibt einen ersten Überblick über die Leistungen der Bosch BKK. Gerne berät Sie Ihr Kundenberater individuell und verbindlich.

Bosch BKK
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

www.Bosch-BKK.de
Info@Bosch-BKK.de

Wir sind für Sie da!
24-Stunden-Service-Center:
Telefon 0180 4267242

(20 Cent je Anruf aus dem deutschen Festnetz.
Preise für Mobilfunk können abweichen.)

Orthopädie – Hilfe neben der Hilfe

Bosch **BKK**

Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

BOSCH

Maßgeschneiderte Beratung und Hilfe

Ihre gesundheitliche Situation beeinträchtigt Sie bei der Bewältigung Ihres Alltags oder der Ausübung Ihres Berufs? Dann bieten Ihnen Ihr Orthopäde und die Bosch BKK jetzt gemeinsam ihre Unterstützung an – durch individuelle Beratung und aktive Hilfe.

Außer der Behandlung durch Ihren Arzt gibt es Aktivitäten und Maßnahmen, die Ihnen bei der Genesung oder dem Umgang mit Ihren Beschwerden helfen können. Wenn Ihnen Ihr Orthopäde eine der folgenden Maßnahmen empfiehlt, unterstützt Sie die Bosch BKK gerne:

Wir ...

- ☐ vermitteln regionale Gesundheitsangebote, z. B. Ernährungs- oder Bewegungskurse bei Volkshochschulen oder im Sportverein
- ☐ helfen Ihnen bei Anträgen auf eine Rehabilitation, Kur oder Pflegeleistungen
- ☐ kümmern uns um einen schnellen Rehabilitationstermin in einer passenden Einrichtung
- ☐ beraten Sie zu Hilfsmitteln
- ☐ helfen mit, damit Ihnen ein (ggf. stufenweiser) Wiedereinstieg an Ihrem Arbeitsplatz gelingt
- ☐ vermitteln Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Pflegeberatung
- ☐ bieten Informationen zu Ihrer Erkrankung durch Gesundheitsbroschüren (z. B. „Für einen schmerzfreien Rücken“ oder „Ausgewogene Ernährung“)

Auch als Download im Internet:
www.Bosch-BKK.de/Gesundheitsbroschueren

Werden Sie selbst aktiv!

Sie möchten vorbeugend etwas für Ihre Gesundheit tun? Eine Möglichkeit dazu sind Ernährungs- oder Bewegungskurse (z. B. Rückentraining, Aqua-Fitness) bei Vereinen, Gesundheitsanbietern oder Volkshochschulen. Bei Anbietern, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, übernimmt die Bosch BKK die Kurskosten bis 80 Euro für maximal zwei Kurse im Jahr.

Alle Kurse, die von uns bezuschusst werden, finden Sie in unserer Online-Datenbank unter: www.Bosch-BKK.de/Gesundheitskurse

Natürlich suchen wir auch gerne gemeinsam mit Ihnen ein passendes Kursangebot in Ihrer Nähe heraus – sprechen Sie uns einfach an!

Nicht-medikamentöse Therapie

4. Informationsstufe: Zur Selbsthilfe vor Ort, z.B.

- Bessere Bewältigung von Erkrankungsproblemen, Erweiterung der allgemeinen Kompetenz („der informierte Patient“)
- Angebote zur Bewegung, Beratung und Begegnung
- Patientenschulungen

Selbsthilfe

Link: z.B. http://www.rheuma-liga-bw.de auch über https://www.sekis-bw.de/selbsthilfe/

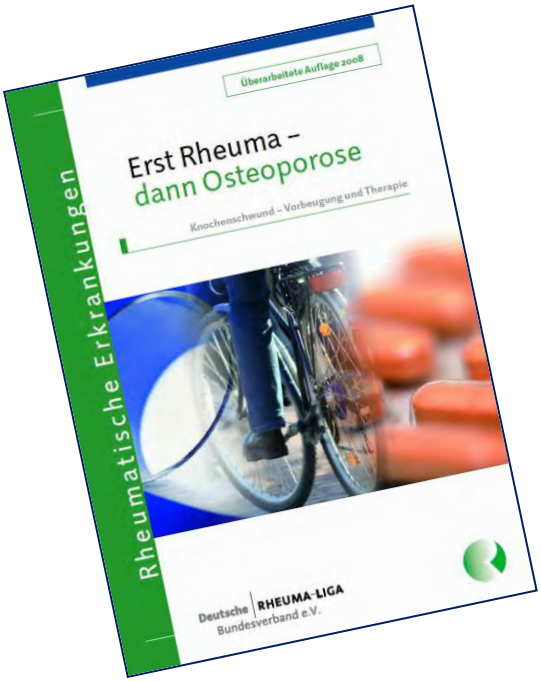
Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.
Hilfe, die bewegt

Rheumaliga

In der 4. Informationsstufe der nicht-medikamentösen Therapie sollten Hinweise auf Selbsthilfe vor Ort erfolgen. Beispielsweise sei hier die Rheuma-Liga genannt.

http://www.rheuma-liga-bw.de:

-bw.de/orthopaedie



Wiedergabe mit Genehmigung der Rheuma-Liga Baden Württemberg.

Anhang 2:

Schnittstellenkommunikation:

ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE → HAUSARZT
Befundbericht

HAUSARZT → ORTHOPÄDE / RHEUMATOLOGE
Begleitschreiben

Die Übermittlung der Befundberichte und Begleitschreiben erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Anschrift		

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt

AOK Baden-Württemberg

Bosch BKK

BOSCH

Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGBV Orthopädievertrages am _____bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation:	
Aktueller Befund	
Technische Befunde	
Röntgen:	
Labor:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Medikamente:	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Anschrift		

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt

AOK Die Gesundheitskasse. AOK Baden-Württemberg

Bosch BKK BOSCH

Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGBV Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **Rückenschmerz** am _____bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Somatische Beschwerden:	
Vorerkrankungen / Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation / Perspektive:	
Aktueller Befund	
<u>Orthopädisch:</u> VAS (0-10) / ggf. HKF / weitere	
<u>Neurologisch:</u>	

Technische Befunde	
Röntgen:	
MRT:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Heil- und Hilfsmittel:	
Medikamente:	
Fallkonferenz notwendig und eingeleitet:	
☐ Ja ☐ Nein	
Empfehlung Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zur Beratung, Case Management):	
☐ Ja ☐ Nein	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anschrift

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt

AOK Die Gesundheitskasse. AOK Baden-Württemberg

Bosch BKK BOSCH

Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGB V Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **Arthrose** am _____bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Traumata / Voroperationen:	
Aktueller Befund	
Beweglichkeit (Neutral-Null-Methode):	
Technische Befunde	
Röntgen (s. Anlage):	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Medikamente:	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Anlage:

Radiologische Stadieneinteilung: Arthrosegrad nach Kellgren und Lawrence

☐ 0 keine radiologischen Zeichen einer Arthrose

☐ 1 subchondrale **Sklerosierung** – Keine Osteophyten -

☐ 2 Gelenkspaltverschmälerung – **Osteophytenbildung** -

☐ 3 Ausgeprägte Osteophytenbildung – **subchondrale Cystenbildung** – Deutliche Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche

☐ 4 Ausgeprägte Gelenkspaltverschmälerung bis zur vollständigen **Destruktion** – Deformierung/Nekrose der Gelenkpartner

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anschrift

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt

AOK Baden-Württemberg

Bosch BKK

BOSCH

Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGB V Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **Osteoporose** am _____bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Vorerkrankungen / Begleiterkrankungen:	
Risikofaktoren:	☐ Raucher ☐SD Überfunktion ☐Postmenopausal ☐Sturzanamnese ☐Cortison ☐Untergewicht ☐ Sonstige: _____
Aktueller Befund	

Technische Befunde			
DXA (bei einem 20% Frakturrisiko):		**T-Score**	**Z-Score**
	Schenkelhals		
	LWS		
Röntgen:			
Labor:			
Therapie			
Information und Beratung:			
Nicht medikamentöse Therapie:			
Medikamente:			

Empfehlung für eine spezifische medikamentöse Therapie lt. DVO Leitlinie						
ohne WK-Fraktur bei bei Lebensalter (Jahre)		T-Wert (nur anwendbar auf DXA-Werte)				
Frau	Mann	**- 2,0 bis –2,5**	**-2,5 bis –3,0**	**-3,0 bis –3,5**	**-3,5 bis –4,0**	< -4,0
50-60	60-70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60-65	70-75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65-70	75-80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70-75	80-85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
>75	>85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mit WK- Fraktur		Ja - Rasche Therapie wichtig, da hohes akutes Folgerisiko für WK-Frakturen!				

Zielsetzung / Verlaufskontrolle

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anschrift

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt

AOK Die Gesundheitskasse. AOK Baden-Württemberg

Bosch BKK BOSCH

Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGB V Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **entzündliche Gelenkerkrankungen** am _____bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Zur Klassifikation Chronische Polyarthritis / Axiale Spondylarthropathie: EULAR2010 / ASAS (siehe Anlagen)	
Biopsychosoziale Anamnese	
Somatische Beschwerden:	
Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation:	
Aktueller Befund	
Zur Befindlichkeit / Funktionsfähigkeit bei Chronischer Polyarthritis / Axialer Spondylarthropathie: DAS28 / BASDAI (siehe Anlagen)	

Technische Befunde	
Röntgen:	
Arthrosonografie:	
Labor:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Heil- und Hilfsmittel:	
Medikamente:	
Rehabilitation:	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Anlage 1: Rheumatoide Arthritis (RA)

ACR / EULAR Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis von 2010

Voraussetzung:

- Mindestens eine sichere Synovitis in mindestens einem Prädilektions-Gelenk bei fehlenden Hinweisen für eine andere Ursache (Trauma, andere entzündliche oder degenerative Gelenkaffektion)

- Wenn nach den Items in der Tabelle mindestens 6 Punkte (letzte Spalte) erfüllt sind, kann die Erkrankung als RA klassifiziert werden. Es gilt pro Spalte jeweils nur der höchste Punktwert (z.B. ergeben 4 kleine (3 Pkt.) und 2 mittlere Gelenke (1 Pkt.) 3 Punkte)

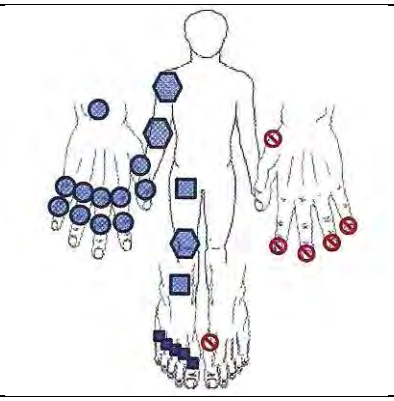
geschwollen / schmerzhaft	**Serologie**	**Akute Phase**	**Symptomdauer**	**Pkt.**
≤ 1 (mittel)großes[1]	RF & anti-CCP negativ	CRP & BSG normal	< 6 Wochen	0
2-10 (mittel)großes[1]		CRP o. BSG erhöht	≥ 6 Wochen	1
1-3 kleine[2]	RF o. anti-CCP niedrig positiv			2
4-10 kleine[2]	RF o. anti-CCP hoch positiv			3
> 10 Gel.; mind. 1 kleines[2]				5

Kleine Gelenke[2]:

- MCPs
- PIPs
- MTP 2-5
- IP1
- Handgelenke

Nicht:

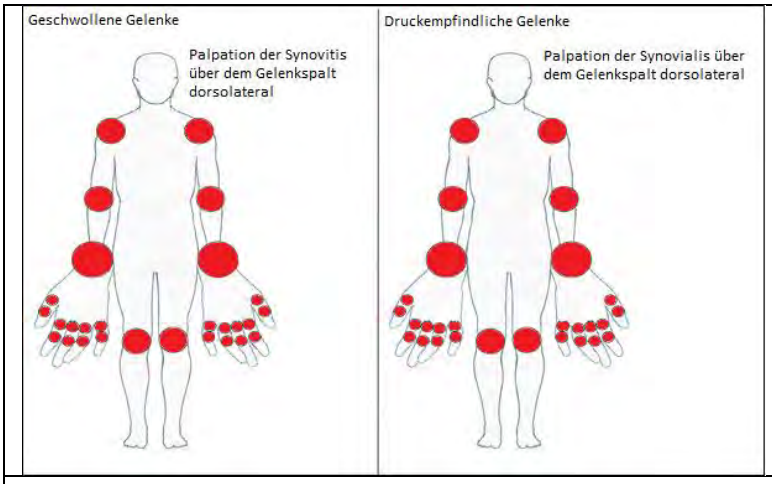
- CMC 1
- MTP 1
- DIPs



Mittlere / große Gelenke[1]:

- Schulter
- Ellenbogen
- Hüfte
- Knie
- Sprunggelenk

Klinischer Verlauf nach DAS 28 – Krankheitsaktivitätsindex für die rheumatoide Arthritis



❶ Anzahl geschwollener Gelenke

❷ Anzahl druckempfindlicher Gelenke

❸ BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergren in mm/h

❹ Allgemeinurteil des Patienten über seinen Gesundheitszustand (NRS) *Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 7 Tagen?* Skala: 0 (sehr gut) bis 10 (schlecht)

Berechnung DAS 28

DAS 28 = 0,28 x √❶ Anz. geschw. Gelenke + 0,56 x √❷ Anz. druckdol. Gelenke

+ 0,7 x ln ❸ BSG + **0,014 x (**❹NRS x 10) = [ ]

Anlage 2: Axiale Spondylarthropathie (A SpA)

Klassifikation nach ASAS-Kriterien

Voraussetzung:

- Sacroiliitis in der Bildgebung plus mindestens 1 SpA Merkmal

Oder

- Positiver HLA B27 Befund und mindestens 2 SpA Merkmale

SPA Merkmale:

- Entzündlicher Rückenschmerz
- Arthritis
- Enthesitis
- Uveitis
- Dactylitis
- Psoriasis
- Crohn / Colitis Ulcerosa,
- Ansprechen auf NSAR
- Familiengeschichte
- Erhöhtes CRP

Klinischer Verlauf nach BASDAI – Bath Ankylosing Sponylitis Disease Activity Index

Beurteilung der folgenden Themenfelder durch den Patienten:

❶ Wie würden Sie Ihre allgemeine **Müdigkeit und Erschöpfung** beschreiben?

keine Müdigkeit/Erschöpfung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Müdigkeit/Erschöpfung

❷ Wie stark waren Ihre Schmerzen in **Nacken, Rücken oder Hüfte**?

keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Schmerzen

❸ Wie stark waren Ihre Schmerzen oder Schwellungen in **anderen Gelenken**?

keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Schmerzen

❹ Wie unangenehm waren für Sie besonders **berührungs- oder druckempfindliche Körperstellen**?

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr stark

❺ Wie ausgeprägt war Ihre **Morgensteifigkeit** nach dem Aufwachen?

gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr stark

❻ Wie lange dauert diese Morgensteifigkeit im Allgemeinen?

in Stunden	0	¼	½	¾	1	1¼	1½	1¾	≥2
Punkte	0	1,25	2,5	3,75	5	6,25	7,5	8,75	10

Berechnung:

❶ ☐

+

❷ ☐

+

❸ ☐

+

❹ ☐

+

❺ ☐ ÷ 2 = ⑤ ☐

+

❻ ☐ ÷ 2 = ⑥ ☐

=

Summe: ☐

÷ 5

=

BASDAI: ☐

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begleitschreiben an den behandelnden Facharzt/PT/KJPT

ggf. vorab handschriftliche Rückinformation durch den Facharzt auf der Rückseite; ersetzt den ausführlichen fachärztlichen Befundbericht nicht.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Der oben genannte Patient wird an Sie überwiesen mit/zur

☐ Fragestellung ☐ Mitbehandlung

Welche Diagnostik oder relevanten somatischen Diagnosen/relevanten Komorbiditäten liegen vor?
Ggf. ICD Codes angeben

Aktuelle Medikation und Laborwerte

Medikamente angeben oder Medikamentenpläne übermitteln. Liste der Laborwerte übermitteln.

Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten/sonstige Unverträglichkeiten

☐ Nein ☐ Ja, gegen…

Welche Unverträglichkeiten liegen vor?

DMP Teilnahme

☐ KHK ☐ Diabetes ☐ COPD/Asthma bronchiale ☐ kein DMP

Sonstiges: *(z.B. supportive Maßnahme wie sozialer Dienst/Patientenbegleitung der Krankenkasse, Palliation,...)*

Mit kollegialem Gruß

Datum Unterschrift

Anhang 3:

Unbesetzt

Anhang 4:

Sozialer Dienst AOK
Patientenbegleitung Bosch BKK

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg / Patientenbegleitung der Bosch BKK

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

1 Hintergrund 2
1.1 Biopsychosoziale Versorgung 2
1.2 Unspezifischer Rückenschmerz 2
1.3 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises 3
1.4 Interdisziplinäres Zusammenwirken 3
2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK 4
3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK 5
4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen 5
5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK 7
5.1 Versorgungsplanung 7
5.2 Einzelfallberatung 8
5.3 Case Management 8
6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren 9
6.1 Strukturierte Zuweisung 10
6.2 Dokumenteneinsatz 11
7 Rechtsgrundlagen 12
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V 12
7.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V 12
7.3 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V 12
8 Information für die Facharztpraxis 13

1 Hintergrund

1.1 Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie[1] 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 ableiten zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren.

Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

1.2 Unspezifischer Rückenschmerz

Bei unspezifischen Schmerzstörungen, wie dem unspezifischen Rückenschmerz, werden häufig labor- und bildgebende Verfahren veranlasst und therapeutisch Analgetika, Antiphlogistika, Injektionen, physikalische Anwendungen und Krankengymnastik im Wechsel oder parallel nebeneinander eingesetzt[4].

Unrealistische Behandlungserwartungen, vorschnelle Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und langandauernde Einnahme von Schmerzmedikamenten täuschen über die Verursachung von Fehlhaltungen hinweg und mindern ggf. die erforderliche Selbstreflexion zum Alltagsverhalten oder zu Alltagsbelastungen. Diese Mechanismen tragen zur Chronifizierung bei. Insbesondere soziokulturelle Unterschiede spielen bei der Häufigkeit des Auftretens unspezifischer Rückenschmerzen aufgrund der Unkenntnis über das Bewegungsverhalten im Alltag, Anatomie und dem Wechselspiel von Bandscheiben, Muskulatur und Knochen des zentralen Organs und der Wirbelsäule eine Rolle.

Bei Rückenschmerzpatienten begünstigen zudem u. a. folgende Risikofaktoren die Chronifizierung[5]:

- ängstliches Vermeidungsverhalten
- Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung
- depressive Stimmungsstörung
- Katastrophisierungsgedanken im Hinblick auf die Erkrankung
- unrealistische und bzw. oder passive Behandlungserwartungen
- geringe Arbeitszufriedenheit.

---

[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] Schauder, P., Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G., (2006). Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
[5] Schiltenwolf, M.; Henningsen, P. (2006). Muskuloskelettale Schmerzen. Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialem Konzept. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Neben biologischen Einflussfaktoren wie z. B. langes Sitzen mit Kompression der Bandscheiben können bei unspezifischen Rückenschmerzen auch psychosoziale Verhaltensmechanismen wie oben angedeutet eine Rolle spielen. Anhaltende psychosoziale Belastungen im privaten wie im beruflichen Umfeld gelten als gesicherte Prädiktoren für die mögliche Chronifizierung von Schmerzen[5].

Demnach ist bei schmerzhaften, ggf. auch bei drohenden chronifizierenden Beschwerdebildern, die Aufklärung und Beratung des Arztes eine zentrale Aufgabe, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, weitere oder erneute Komplikationen frühzeitig zu erkennen und möglichst zu vermeiden bzw. vorzubeugen.

Biologische und psychosoziale Faktoren sind daher multifaktoriell vom Arzt zu bedenken, zu erheben und anzusprechen, um das Verhalten und Erleben des Patienten kennenzulernen und einschätzen zu können. Medikamentöse oder gar operative Behandlungen bei Chronifizierung sind in der Regel kurzgreifend und werden dem komplexen Wechselspiel wenig gerecht.

1.3 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Das biopsychosoziale Bedingungsgefüge wird insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen beansprucht:

- In der internistischen Rheumatologie handelt es sich um entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
- Die klinischen Diagnosen umfassen damit eine Reihe von Organmanifestationen wie auch Komorbiditäten mit komplexen Folgen für die biopsychosoziale Versorgung und Beratung.
- Die sog. extraartikulären Organmanifestationen (wie z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Augen, Gefäße) erfordern ein multidisziplinäres Versorgungsmanagement auch zu möglichem Funktionsverlust und Fehlstellungen der Gelenke, zu den Therapieneben- und Wechselwirkungen z. B. bei Cortison und Diabetes, Magen- und Darmblutungen durch Schmerzmittel (sog. NSAR nichtsteroidale Antirheumatika).
- Die Diagnosen gehen daher häufig mit massiven Belastungen im psychischen und sozialen Bereich einher und können bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste auslösen. Daher soll den Patienten und Angehörigen frühzeitig eine psychosoziale Beratung angeboten werden.
- Erkennen von potentiellen psychosozialen Belastungen durch Information, Aufklärung und ganzheitliche Betreuung.

1.4 Interdisziplinäres Zusammenwirken

Der FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie stellt den Behandlungsschwerpunkt des therapeutischen und diagnostischen Gesprächs in den Vordergrund. Zudem wurde im FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie für Versicherte mit unspezifischen Rückenschmerzen bzw. mit entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises und entsprechend vorliegenden Kontextfaktoren die Einbindung des Sozialen

Dienstes der AOK Baden-Württemberg (SD[6]) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG[7]) über den HAUSARZT festgeschrieben (siehe Anlage 12 und Anlage 12a FACHARZTVERTRAG Orthopädie / Rheumatologie, sowie Anhang 5.1 / 5.1a und 5.4 zu Anlage 17 HZV-Vertrag).

Das interdisziplinäre Zusammenwirken zielt in erster Linie auf nachhaltige Verhaltensänderungen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Schmerzlinderung.

2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD) arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium), mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung in Psychoonkologie.

Die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) besteht aus Pflegefachkräften, Sozialarbeitern (Hochschulstudium) und Sozialversicherungsfachkräften mit Zusatzqualifikation in Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Burnoutberatung und Präventionsberatung.

Hauptauftrag des SD / der PBG ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Versicherten herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD / durch die PBG sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

[6] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt
[7] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit PBG abgekürzt

3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD bzw. mit der PBG und der Hausarzt- / Facharztpraxis soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation des einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Der Arzt erhält von dem SD / von der PBG Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass der Versicherte im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit dem Arzt erreicht der SD / die PBG frühzeitig potentielle Risikopatienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD / durch die PBG liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Hausarzt- und Facharztpraxis **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung**. Der SD / die PBG hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patienten an, bei welchen **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Seelische Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)

- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Problem mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei z. B. multimorbiden Versicherten durch den SD / die PBG kann – in Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungplans (Ziel- / Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher / sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation / Nachsorge.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen[8].

Die Facharztpraxis kann zudem den SD / die PBG als kompetente Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD / die PBG unterstützt die Facharztpraxis mit oder ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Hierbei steht der gemeinsame Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsauftrag des Versicherten durch den SD / die PBG ergeben.

[8] §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

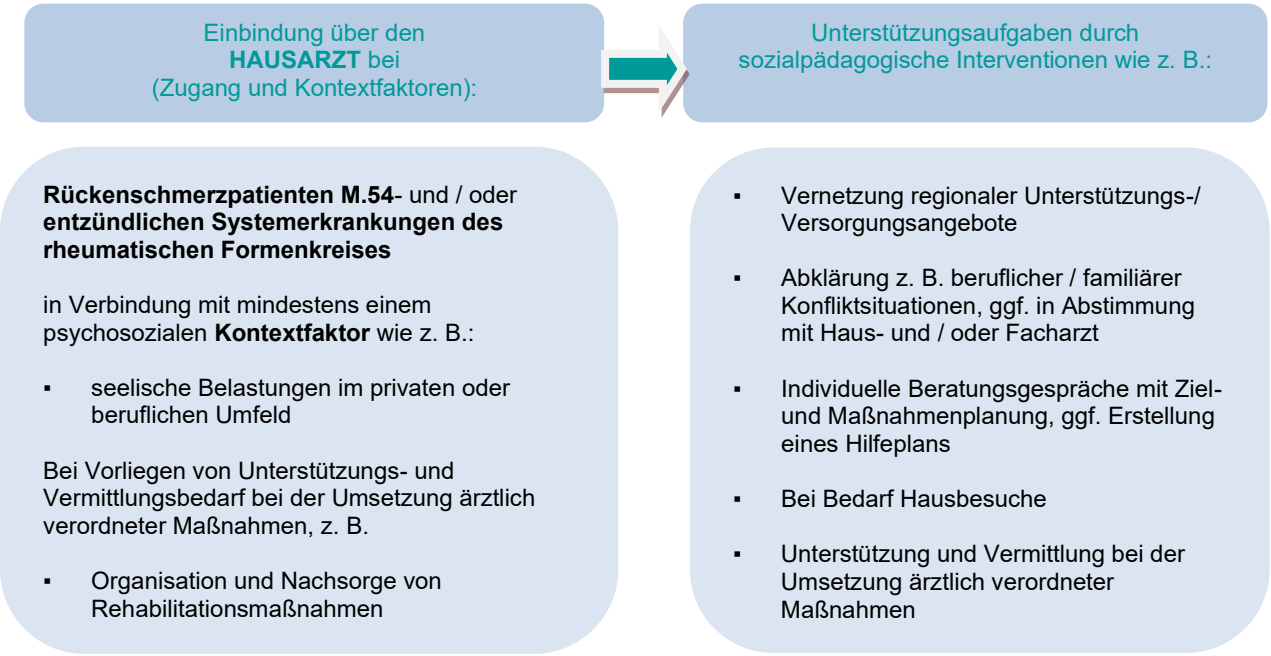


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD / zur PBG

<u>Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:</u>

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft des Patienten nach motivationaler Beratung durch den FACHARZT, und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- Versicherte, bei welchen neben der Diagnose M54.- und / oder entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt:

  Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- HAUSARZT als Lotse und Koordinator: Zugang zum SD / PBG über den HAUSARZT

5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Der SD / die PBG 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 / die PBG erstellen im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit 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 näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- medizinische Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD / die PBG erkennen im Rahmen der Einzelfallberatung psychische und soziale Belastungen und Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen 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 Problemlösung[9]. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst[10].

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

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

5.3 Case Management

Der SD / die PBG erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD / die PBG situationsbezogen 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 Prozess[11]:

[9] Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.
[10] Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5. , überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.
[11] Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

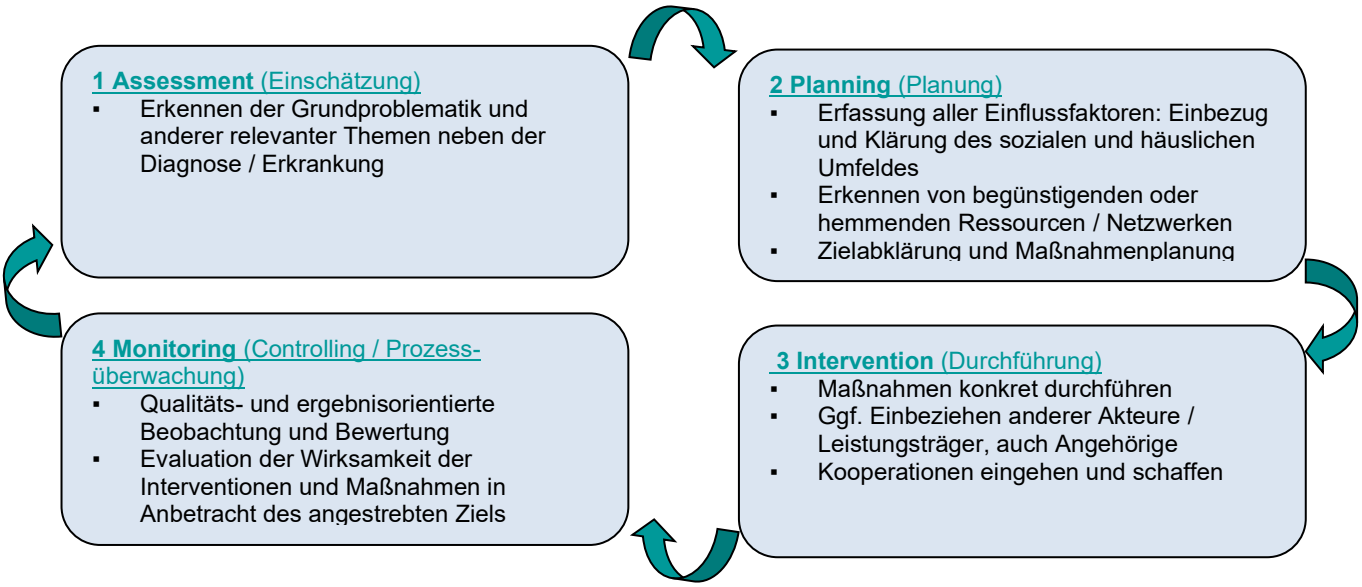


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD / in der PBG im Überblick

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD / die PBG durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionale Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD / die PBG im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnern**:

- 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.

6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD / PBG und HAUSARZT (vgl. Kapitel 6.1). Dadurch wird die Rolle des HAUSARZTES als Lotse und Koordinatorin der interdisziplinären Versorgung deutlich:

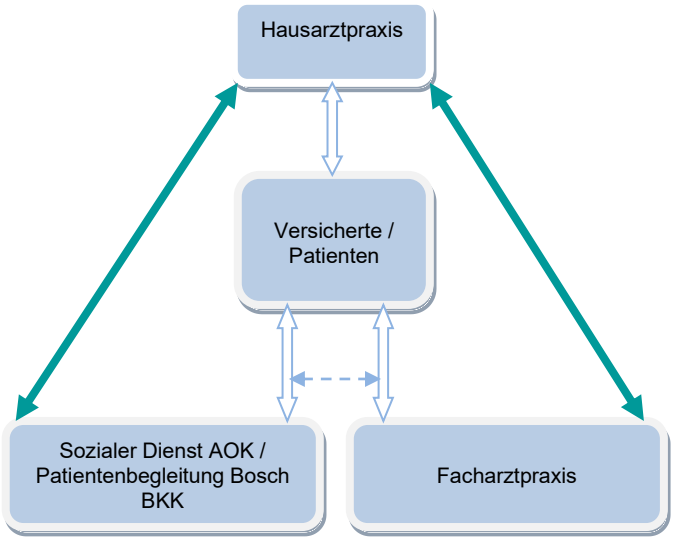


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD / die PBG werden zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch den behandelnden HAUSARZT informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen[12]:

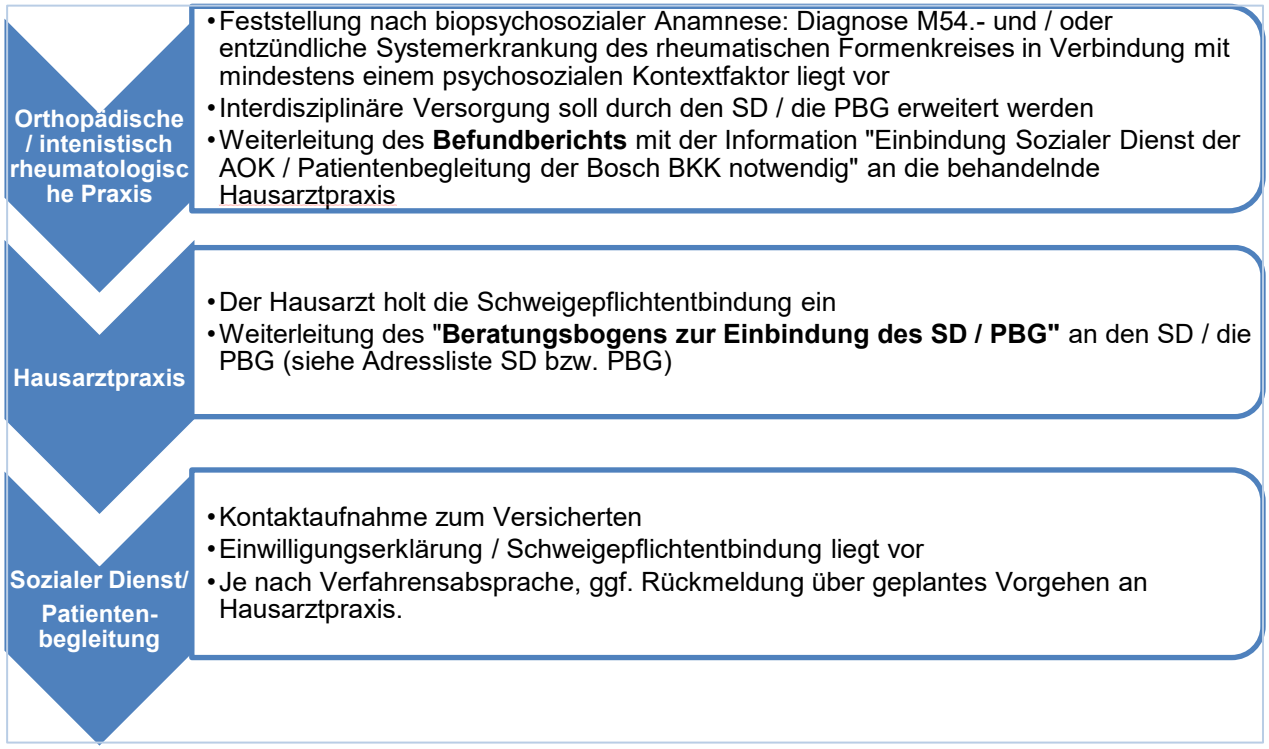


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

[12] Im strukturierte Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

Die Kontaktaufnahme zum SD / zur PBG soll über die Hausarztpraxis erfolgen. Die Hausarztpraxis soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein.

Auch der SD / die PBG können im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit der Diagnose M54.- und / oder bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen weitere FACHÄRZTE (z. B. PNP-Praxis) über den gewählten HAUSARZT einbinden.

Hintergrundinformation für die Facharztpraxis:
Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD / der PBG verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Der HAUSARZT holt im Vorfeld der Einbindung das Einverständnis zur Kooperation des Versicherten ein. Der SD / die PBG stehen unter besonderer Schweigepflicht, sodass ein Austausch zwischen ihnen und HAUSARZT nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung des Versicherten erfolgen kann.

Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens des Versicherten vor, gibt der SD / die PBG eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“ entsprechend angekreuzt ist.

6.2 Dokumenteneinsatz

Der FACHARZT informiert i. d. R. den HAUSARZT mittels Befundbericht über seine Empfehlung zur Einbindung des SD / der PBG (vgl. Kapitel 4 und 6.1).

Der „**Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK**“ (AOK: HZV-Anlage 17, Anhang 5.4; Bosch BKK: HzV-Anlage 14, Anhang 5) gilt als Auftragsformular und wird von der Hausarztpraxis entsprechend der AOK HZV-Anlage 17, Anhang 5.4 an den SD bzw. entsprechend der Bosch BKK HZV-Anlage14, Anhang 5 an die PBG übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der **„Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis – Beratungsservice des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“**. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD / der PBG sowie einer Übersicht möglicher psychosozialer Kontextfaktoren und steht der Facharzt-/ Hausarztpraxis als Übersicht zur Verfügung (s. Kapitel 8).

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 und für die Bosch BKK der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V

„Der Abschluss von Verträgen nach § 73c SGB V war bis Juli 2015 möglich. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Die bereits geschlossenen 73c-Verträge gelten aber fort.“[13]

In seinen Grundzügen regelte § 73c SGB V, dass die Krankenkassen ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen im fachärztlichen ambulanten Versorgungsbereich anbieten können. Gegenstand der Verträge stellen Versorgungsaufträge dar, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Dies beinhaltet demnach im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung auch eine Versorgungskoordination und Vernetzung in weitere Versorgungsmaßnahmen.[14]

In den Verträgen[15] nach § 140a SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

7.3 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen basiert § 140a SGB V auf sektorenübergreifende Versorgungsformen für eine optimiertere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und 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.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzen die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK zusätzlich im Bereich u. a. der onkologischen Leistungen auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD und der PBG genutzt.

---

[13] Vgl. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09731.html
[14] Vgl. http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73c.html
[15] Orthopädie-Facharztvertrag und weitere Informationen unter MEDIVERBUND der Zusammenschluss von Ärztenetzen - Orthopädie

8 Information für die Facharztpraxis

Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/ und HÄVG https://www.haevbw.de/hzv-aok). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
  - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
  - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
  - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
  - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
  - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
  - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
  - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
  - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
  - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
  - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
  - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell

Information für die Hausarzt- / Facharzt - und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich erfahrene Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Berufsqualifikationen mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise Burnoutberatung, Präventionsberatung und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungs-stellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur/Ansprech-partnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch die PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl. MEDI https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/ und HÄVG https://www.haevbw.de/hzv-aok). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
- Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

▪ Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
▪ Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell

Anhang 5:

AOK-Sports für ORTHOPÄDEN

AOK-Sports

Ergänzendes Reha-Behandlungsangebot der AOK Baden-Württemberg bei schweren und/oder operierten sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich

Für Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die im AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind und am AOK-FacharztProgramm teilnehmen.

Konzeption

Inhalt

1 Allgemeine Beschreibung 4
2 Indikation und Indikationsgruppen 5
2.1 Indikation 5
2.2 Indikationsgruppen 5
3 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien 6
3.1 Einschlusskriterien.... 6
3.2 Ausschlusskriterien.... 6
4 Anforderungen an die AOK-Sports-Therapieeinrichtung....7
5 Ärztliche und nicht-ärztliche Aufgaben im AOK-Sports-Konzept 8
5.1 Ärztlicher Bereich.... 8
5.2 Therapeutischer Bereich 10
6 Behandlungsdauer und Behandlungsintensität 11
7 Antrags- und Genehmigungsverfahren 14

Präambel: Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch gleichermaßen für die männliche und weibliche Form.

1 Allgemeine Beschreibung

Mit dem Angebot *AOK-Sports* schließt die AOK Baden-Württemberg eine rehabilitative Versorgungslücke im Fachgebiet der Orthopädie, die insbesondere nach sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich entstehen kann. Das Angebot *AOK-Sports* ist dann indiziert, wenn ein grundsätzlicher Rehabilitationsbedarf gegeben ist und eine Heil- und Hilfsmittelverordnung nach § 32-33 SGB V nicht ausreichend ist. Eine klassische Rehabilitationsbedürftigkeit liegt jedoch nicht vor und die Erwerbsfähigkeit ist nicht erheblich gefährdet oder gemindert. Durch das Rehabilitationsangebot *AOK-Sports* sollen Rehabilitationsziele auf Grundlage individueller Versorgungsbedarfe unter Einbezug von ärztlichen und therapeutischen Leistungen erreicht werden.

Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, das Konzept bei Vorliegen aktueller rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse und Evidenzen zu aktualisieren und Inhalte des Produktes *AOK-Sports* neu festzulegen.

2 Indikation und Indikationsgruppen

2.1 Indikation

Die Indikation zum Angebot *AOK-Sports* ergibt sich nicht allein aus der Diagnosestellung, sondern aus den vorliegenden Funktions- und Leistungseinschränkungen der Patienten. Nur eine schwerwiegende Funktions- und Leistungseinschränkung, die durch das rehabilitative Versorgungsprodukt *AOK-Sports* auch vermindert oder behoben werden kann, begründet eine Verordnung von *AOK-Sports*. Funktions- und Leistungseinschränkungen, die durch eine günstige Spontanremission gekennzeichnet sind, erfüllen nur dann die Voraussetzungen für *AOK-Sports*, wenn durch das Angebot die Remission deutlich schneller erreicht werden kann.

Es liegt keine Altersbeschränkung für die Teilnahme an dem Programm vor.

2.2 Indikationsgruppen

Deutliche Funktions- und Leistungseinschränkungen nach konservativer und/oder operativer Versorgung von:

- Fraktur
- Luxation
- Verstauchung/Zerrung/Ruptur
- Überlastungssyndrom

Der entsprechende Indikationskatalog inkl. ICD-10-Schlüssel für das AOK-Sports-Angebot ist in der Anlage 1 beigefügt.

3 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien

3.1 Einschlusskriterien

Die nachfolgenden Kriterien müssen vollständig (1-8) erfüllt sein:

1. der Versicherte muss im AOK-HausarztProgramm sowie im AOK-FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sein
2. Vorliegen einer schweren und/oder operierten sporttypischen Verletzung (siehe Indikationskatalog)
3. ausreichende Übungsstabilität
4. ausreichende Mobilität
5. ausreichende physische und psychische Belastbarkeit, Motivation und Eigeninitiative (Compliance)
6. positive Prognose einer Verbesserung der Leistungs- und Funktionseinschränkung durch *AOK-Sports*
7. *wenn* Operation: zeitnaher Beginn (3 bis 6 Wochen nach der Operation, im begründeten Einzelfall bis zu 4 Monaten)
8. *wenn* Überlastungssyndrom (ohne Operation): ab 3. Monat (Leistungs- und Funktionseinschränkungen müssen für mindestens 3 Monate bestehen)

3.2 Ausschlusskriterien

1. vorliegende Rehabilitationsbedürftigkeit
2. kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung ist ausreichend
3. Multimorbidität
4. Operation auf Grund einer degenerativen Erkrankung des muskuloskelettalen Systems (Ausnahme: Operation bei Überlastungssyndrom, siehe Indikationskatalog)
5. septisch-entzündliche Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems

4 Anforderungen an die AOK-Sports-Therapieeinrichtung

Die Anforderungen an die AOK-Sports-Therapieeinrichtung (insbesondere zum Rehabilitationsteam, zur räumlichen und apparativen Ausstattung) richten sich grundsätzlich nach den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 08.09.2005. Demnach liegen die qualitativen Anforderungen zur ärztlichen und therapeutischen Leitung, zum therapeutischen Team, zur räumlichen und apparativen Ausstattung dann vor, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V vorliegt. Für die AOK-Sports-Therapieeinrichtung besteht zudem die Verpflichtung zur Teilnahme an den Qualitätssicherungsverfahren nach §§ 137d und 135a SGB V – insbesondere mit den Merkmalen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

5 Ärztliche und nicht-ärztliche Aufgaben im AOK-Sports-Konzept

Im Rahmen des AOK-Sports-Konzepts werden unter ärztlicher Leitung und Verantwortung therapeutische und sonstige Leistungen im Sinne einer Komplextherapie durchgeführt.

Zu den Aufgaben des interdisziplinären Teams gehören:

5.1 Ärztlicher Bereich

a) Niedergelassener Vertragsarzt des AOK-FacharztProgramms
   1. Antragstellung und Übermittlung des AOK-Sports-Antrag
   2. Einteilung in die Indikationsgruppe sowie Zuordnung in den dazugehörigen Behandlungspfad

b) Facharzt der AOK-Sports-Therapieeinrichtung
   1. Dokumentation des AOK-Sports-Bericht
   2. Festlegung der individuellen Therapieziele und -maßnahmen und dessen Anpassung im Laufe des Rehabilitationsverlaufs (s. Anlage 6)
   3. Erstellung des individuellen Therapieplans
   4. Durchführung der Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
   5. Planung und Überwachung der AOK-Sports-Therapie
   6. regelmäßige Teambesprechungen im interdisziplinären Team
   7. ggf. Austausch mit dem am Orthopädie-Vertrag teilnehmenden Facharzt
   8. Erstellung des AOK-Sports-Abschlussberichts und Weiterleitung an den am Orthopädie-Vertrag teilnehmenden Facharzt
   9. Auswertung des gerätegestützten Verfahrens zur Kraft- und/oder Beweglichkeitsmessung (Abschlussbericht)

Die Leistungen, die von den ärztlichen Leitern der AOK-Sports-Therapieeinrichtungen erbracht werden, sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Tätigkeit. Sie sind mit der Vergütung der AOK-Sports-Leistungen entsprechend der gültigen Verträge abgegolten.

Abrechnungsmöglichkeiten über die Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen nicht.

5.2 Therapeutischer Bereich

a) Festlegung der individuellen Therapieziele und -maßnahmen und dessen Anpassung im Laufe des Rehabilitationsverlaufs (s. Anlage 6)
b) physiotherapeutische und ergotherapeutische Therapieformen (Einzel- oder Gruppenbehandlung):
    1. Manuelle Therapie
    2. PNF, Vojta oder Bobath
    3. Extensionsbehandlung
    4. Selbsthilfetechniken
    5. ADL-Training
c) physikalischen Therapieformen:
    1. Bewegungsbad
    2. heiße Rolle
    3. Ultraschalltherapie
    4. Unterwasserdruckmassage
    5. funktionelle Verbände
    6. passive Bewegungsschiene
    7. Wärme-/Kältetherapie
    8. Elektrotherapie
    9. Manuelle Lymphdrainage
    10. Massage
d) medizinischen Trainingstherapieformen
e) Training von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination
f) Durchführung eines gerätegestützten Verfahrens zur Kraft- und/oder Beweglichkeitsmessung (Abschlussbericht)
g) Dokumentation AOK-Sports-Leistungsdokumentation
h) Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussbefunde inkl. Dokumentation in ärztlicher Zusammenarbeit

6 Behandlungsdauer und Behandlungsintensität

AOK-Sports ist bei einem definierten Therapieziel grundsätzlich so lange indiziert (max. 6 Wochen mit 20 Behandlungstagen), wie Therapiebedürftigkeit und -fähigkeit sowie -bereitschaft oder Therapiepotential besteht, und die vorgeschlagenen Maßnahmen zumutbar sind.
Der Behandlungsumfang und deren Intensität richten sich im Einzelnen nach der Schwere der Erkrankung sowie dem individuellen Gesundheitszustand und der Belastungsfähigkeit des Patienten. Dementsprechend erfolgen die therapeutischen Maßnahmen in verschiedenen Behandlungspfaden in unterschiedlichen Zeitabständen und differenziertem Umfang. Die Zuordnung in einen Behandlungspfad erfolgt durch den niedergelassenen Vertragsarzt im AOK-FacharztProgramm anhand der Diagnose und der dazugehörigen Indikationsgruppe. Die Einteilung in einen Behandlungspfad wird im AOK-Sports-Antrag festgelegt und durch die AOK-Bezirksdirektion genehmigt.
Eine Behandlungspfadänderung kann nur bei ausreichender Begründung im AOK-Sports-Antrag erfolgen.

<u>Einteilung der Behandlungspfade</u>

<u>Behandlungspfad 1:</u>
- Indikationsgruppe: Verstauchung, Zerrung und Ruptur
- Behandlungstage: 12 (2-3 Stunden täglich)
- Behandlungsumfang: insgesamt 12 Therapieeinheiten Einzeltherapie in einem Behandlungszeitraum von 3-4 Wochen
- Ausnahmen:
    - ICD S93.2 Traumatische Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes → Behandlungspfad 2
    - ICD M75.1 Läsion der Rotatorenmanschette
      → Behandlungspfad 3

<u>Behandlungspfad 2:</u>
- Indikationsgruppe: Überlastungssyndrom
- Behandlungstage: 16 (2-3 Stunden täglich)
- Behandlungsumfang: insgesamt 16 Therapieeinheiten Einzeltherapie in einem Behandlungszeitraum von 4-5 Wochen

Behandlungspfad 3:

- Indikationsgruppe: Luxation und Fraktur
- Behandlungstage: 20 (2-3 Stunden täglich)
- Behandlungsumfang: insgesamt 20 Therapieeinheiten Einzeltherapie in einem Behandlungszeitraum von 5-6 Wochen
- Ausnahme:
  - Handfrakturen S62.- bis S62.8 und Fußfrakturen S 92.- bis S92.9
    → Behandlungspfad 2

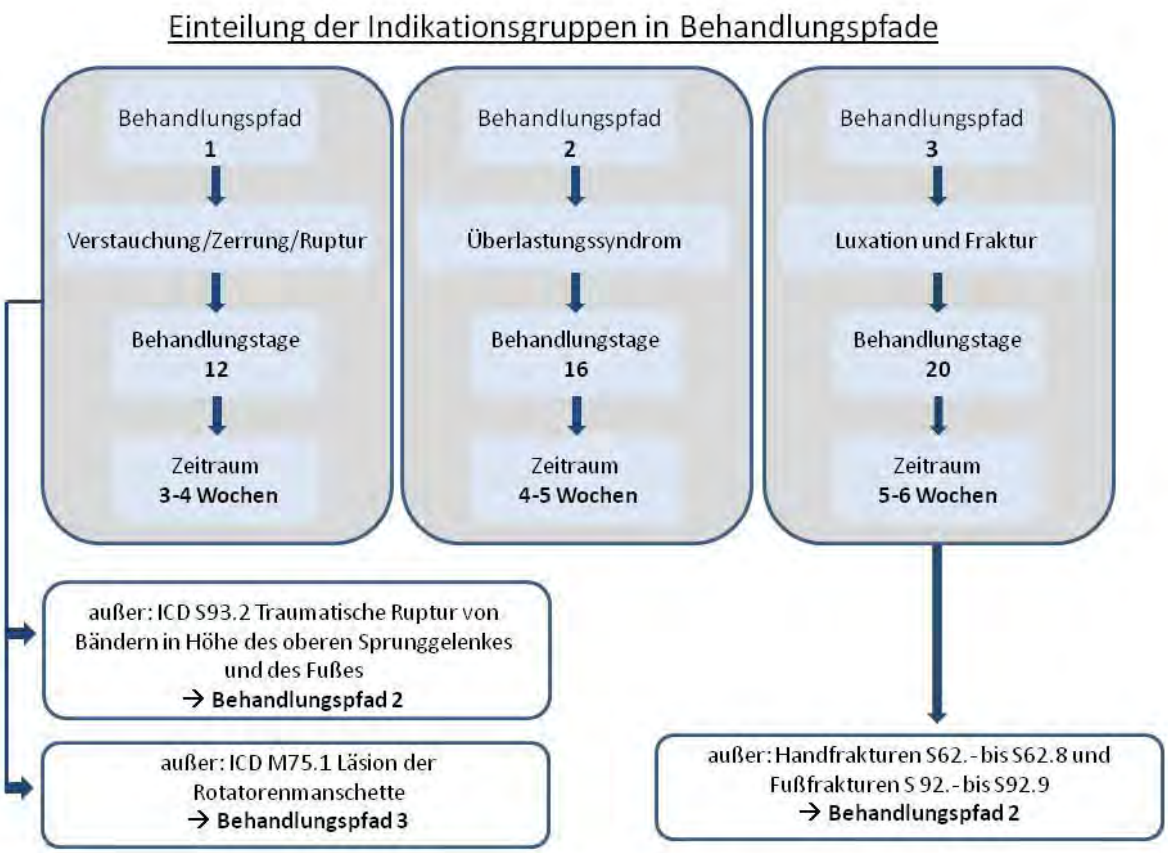


Abbildung: Einteilung der Indikationsgruppen in Behandlungspfade

Die Behandlung wird in einem zeitlichen Umfang von 2-3 Stunden je Behandlungstag erbracht. Die einzeltherapeutischen Behandlungen müssen je

nach Behandlungspfad in einem Umfang von 12, 16 oder 20 Stunden erfolgen. Um eine individuelle Therapie zu ermöglichen, ist die Einteilung der einzeltherapeutischen Leistungen flexibel möglich. Der Umfang der einzeltherapeutischen Behandlungen je Behandlungspfad ist zwar definiert (12, 16 oder 20 Therapieeinheiten), dieser kann jedoch zeitlich individuell geplant werden. Zum Beispiel kann zu Beginn der Behandlung eine höhere Anzahl an Einzeltherapien durchgeführt werden und zum Ende des Programms hierfür verstärkt in Gruppen trainiert werden.

Bei ICD S62.- bis S62.8 (Handfrakturen) muss 1x/Woche Ergotherapie und ADL-Training durchgeführt werden. Welche nichtärztlichen Leistungen in welcher Intensität an welchen Tagen erbracht werden, richtet sich nach dem individuell erstellten Therapieplan und ist ggf. während dem Therapieverlauf entsprechend anzupassen. Die maximale Teilnehmerzahl von Gruppenbehandlungen darf fünf Teilnehmer nicht überschreiten. Eine Verlängerung von *AOK-Sports* ist nicht möglich.

7 Antrags- und Genehmigungsverfahren

Voraussetzung für die AOK-Sports-Behandlung ist das Vorliegen eines genehmigten AOK-Sports-Antrags. Dieser Antrag wird durch einen am AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Facharzt ausgestellt. Im Antrag muss eine Begründung für das AOK-Sports-Angebot definiert sowie festgestellt werden, ob die vorliegende Erkrankung die Ein- und Ausschlusskriterien (s. 3.1 und 3.2) erfüllt. Zusätzlich muss geprüft werden, ob die Funktions- und Leistungseinschränkungen durch *AOK-Sports* vermindert und/oder behoben werden können. Anschließend werden die AOK-Sports-Ziele definiert und anhand der Diagnose und der Schwere der Funktions- und Leistungseinschränkungen wird einer von drei Behandlungspfaden ausgewählt. Sind alle Kriterien erfüllt, wird der vollständig ausgefüllte Antrag an die zuständige AOK-Bezirksdirektion übermittelt.

Über den AOK-Sports-Antrag – Genehmigung oder Ablehnung – muss innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang entschieden werden. Bei Zweifel an der Erfüllung der Zuweisungskriterien erfolgt die Genehmigung unter Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Die Rückmeldung über den Bescheid für das Angebot *AOK-Sports* erfolgt sowohl an den niedergelassenen Facharzt als auch an den Patienten in schriftlicher Form. Die Genehmigung muss u.a. folgende Punkte enthalten:

- Indikation zu *AOK-Sports*
- Beginn *AOK-Sports*
- Einteilung in einen der drei Behandlungspfade
- Begründung für *AOK-Sports*

Mit der Genehmigung kann der Patient bei einer teilnehmenden Einrichtung seiner Wahl das AOK-Sports-Angebot beginnen. Binnen zwei Wochen nach Genehmigung muss mit *AOK-Sports* begonnen werden.

<u>Anlagen:</u>
Anlage 1: Indikationsliste-ICD
Anlage 2: AOK-Sports-Antrag
Anlage 3: AOK-Sports-Bericht
Anlage 4: AOK-Sports-Leistungsdokumentation
Anlage 5: AOK-Sports-Abschlussbericht
Anlage 6: Therapieziele und -maßnahmen

Indikationsgruppen

ICD Schlüssel	**Klartext**
Fraktur	
Behandlungspfad 3	
obere Extremität	
S22.2	Fraktur des Sternums
S22.31	Fraktur der ersten Rippe
S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe
S22.8	Fraktur sonstiger Teile des knöchernen Thorax
S22.9	Fraktur des knöchernen Thorax, Teil nicht näher bezeichnet
S42.00	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet
S42.01	Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel
S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel
S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel
S42.09	Fraktur der Klavikula: Multipel
S42.10	Fraktur der Skapula: Teil nicht näher bezeichnet
S42.11	Fraktur der Skapula: Korpus
S42.12	Fraktur der Skapula: Akromion
S42.13	Fraktur der Skapula: Processus coracoideus
S42.14	Fraktur der Skapula: Cavitas glenoidalis und Collum scapulae
S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet

S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum
S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus
S42.3	Fraktur des Humerusschaftes
S42.40	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär
S42.42	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus lateralis
S42.43	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus medialis
S42.44	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus, Epicondyli, nicht näher bezeichnet
S42.45	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Transkondylär (T- oder Y-Form)
S42.9	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet
S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet
S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur
S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile

Behandlungspfad 2

Hand

S62.0	Fraktur des Os scaphoideum der Hand
S62.10	Fraktur: Handwurzelknochen, nicht näher bezeichnet
S62.11	Fraktur: Os lunatum
S62.12	Fraktur: Os triquetrum
S62.13	Fraktur: Os pisiforme
S62.14	Fraktur: Os trapezium
S62.15	Fraktur: Os trapezoideum
S62.16	Fraktur: Os capitatum
S62.17	Fraktur: Os hamatum
S62.19	Fraktur sonstiger oder mehrerer Handwurzelknochen
S62.20	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.21	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Basis
S62.22	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Schaft
S62.23	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kollum
S62.24	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kopf
S62.30	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.31	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Basis
S62.32	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Schaft
S62.33	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kollum
S62.34	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kopf
S62.4	Multiple Frakturen der Mittelhandknochen
S62.50	Fraktur des Daumens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.51	Fraktur des Daumens: Proximale Phalanx
S62.52	Fraktur des Daumens: Distale Phalanx

S62.60	Fraktur eines sonstigen Fingers: Teil nicht näher bezeichnet
S62.61	Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx
S62.62	Fraktur eines sonstigen Fingers: Mittlere Phalanx
S62.63	Fraktur eines sonstigen Fingers: Distale Phalanx
S62.7	Multiple Frakturen der Finger
S62.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Handgelenkes und der Hand

Behandlungspfad 3

untere Extremität

S72.3	Fraktur des Femurschaftes
S82.0	Fraktur der Patella
S82.21	Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S82.38	Distale Fraktur der Tibia: Sonstige
S82.40	Fraktur der Fibula, isoliert: Teil nicht näher bezeichnet
S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
S82.42	Fraktur der Fibula, isoliert: Schaft
S82.49	Fraktur der Fibula, isoliert: Multipel
S82.5	Fraktur des Innenknöchels
S82.6	Fraktur des Außenknöchels
S82.81	Bimalleolarfraktur
S82.82	Trimalleolarfraktur
S82.88	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels
S82.9	Fraktur des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet

Behandlungspfad 2

Fuß

S92.0	Fraktur des Kalkaneus
S92.1	Fraktur des Talus
S92.20	Fraktur: Ein oder mehrere sonstige Fußwurzelknochen, nicht näher bezeichnet
S92.21	Fraktur: Os naviculare pedis
S92.22	Fraktur: Os cuboideum
S92.23	Fraktur: Os cuneiforme (intermedium) (laterale) (mediale)

S92.28	Fraktur: Sonstige Fußwurzelknochen
S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen
S92.4	Fraktur der Großzehe
S92.5	Fraktur einer sonstigen Zehe
S92.7	Multiple Frakturen des Fußes
S92.9	Fraktur des Fußes, nicht näher bezeichnet

Luxation

Behandlungspfad 1

obere Extremität

S43.00	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet
S43.01	Luxation des Humerus nach vorne
S43.02	Luxation des Humerus nach hinten
S43.03	Luxation des Humerus nach unten
S43.08	Luxation sonstiger Teile der Schulter
S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes
S43.2	Luxation des Sternoklavikulargelenkes
S43.3	Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Schultergürtels
S53.0	Luxation des Radiuskopfes
S53.10	Luxation des Ellenbogens: Nicht näher bezeichnet
S53.11	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach vorne
S53.12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach hinten
S53.13	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach medial
S53.14	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach lateral
S53.18	Luxation des Ellenbogens: Sonstige

Behandlungspfad 1

untere Extremität

S83.0	Luxation der Patella
S83.10	Luxation des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnet
S83.11	Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach anterior
S83.12	Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach posterior
S83.13	Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach medial
S83.14	Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach lateral
S83.18	Luxation des Kniegelenkes: Sonstige

Verstauchung/Zerrung/Ruptur

Behandlungspfad 1

obere Extremität

S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule
S13.5	Verstauchung und Zerrung in der Schilddrüsenregion
S13.6	Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Halses
S43.4	Verstauchung und Zerrung des Schultergelenkes
S43.5	Verstauchung und Zerrung des Akromioklavikulargelenkes
S43.6	Verstauchung und Zerrung des Sternoklavikulargelenkes
S43.7	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Schultergürtels
S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette
S46.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des Caput longum des M. biceps brachii
S46.2	Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii
S46.3	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. triceps brachii
S46.7	Verletzung mehrerer Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S46.8	Verletzung sonstiger Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes

S46.9	Verletzung nicht näher bezeichneter Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S53.2	Traumatische Ruptur des Lig. collaterale radiale
S53.3	Traumatische Ruptur des Lig. collaterale ulnare
S53.40	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Teil nicht näher bezeichnet
S53.41	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Lig. collaterale radiale
S53.42	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Lig. collaterale ulnare
S53.43	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Humeroradial (-Gelenk)
S53.44	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Humeroulnar (-Gelenk)
S53.48	Verstauchung und Zerrung des Ellenbogens: Sonstige Teile
M75.8	Sonstige Schulterläsionen
M75.9	Schulterläsion, nicht näher bezeichnet

Behandlungspfad 3

M75.1	Läsion der Rotatorenmanschette

Behandlungspfad 1

untere Extremität

S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris
S83.2	Meniskusriss, akut
S83.3	Riss des Kniegelenkknorpels, akut
S83.40	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Seitenband
S83.41	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Distorsion des fibularen Seitenbandes [Außenband]
S83.42	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Distorsion des tibialen Seitenbandes [Innenband]
S83.43	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des fibularen Seitenbandes [Außenband]
S83.44	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des tibialen Seitenbandes [Innenband]

S83.50	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Kreuzband
S83.51	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Distorsion des vorderen Kreuzbandes
S83.52	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Distorsion des hinteren Kreuzbandes
S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes
S83.54	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des hinteren Kreuzbandes
S83.6	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies
S83.7	Verletzung mehrerer Strukturen des Knies
S86.0	Verletzung der Achillessehne
S86.1	Verletzung sonstiger Muskeln und Sehnen der posterioren Muskelgruppe in Höhe des Unterschenkels
S86.2	Verletzung von Muskeln und Sehnen der anterioren Muskelgruppe in Höhe des Unterschenkels
S86.3	Verletzung von Muskeln und Sehnen der peronäalen Muskelgruppe in Höhe des Unterschenkels
S86.7	Verletzung mehrerer Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
S86.8	Verletzung sonstiger Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
S86.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Muskels oder einer nicht näher bezeichneten Sehne in Höhe des US
Behandlungspfad 2	
S93.2	Traumatische Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes

Überlastungssyndrom

Behandlungspfad 2

obere Extremität

M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel
M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii
M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich
M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter

M75.5	Bursitis im Schulterbereich
M77.0	Epicondylitis ulnaris humeri
M77.1	Epicondylitis radialis humeri
G54.0	Thoracic out-let Syndrom

Behandlungspfad 2

untere Extremität

M76.3	Tractus-iliotibialis-Scheuersyndrom
M76.5	Tendinitis der Patellarsehne
M76.6	Tendinitis der Achillessehne
M77.4	Metatarsalgie
M77.5	Sonstige Enthesopathie des Fußes
M92.5	Juvenile Osteochondrose der Tibia und der Fibula Tuberositas tibiae [Osgood-Schlatter-Krankheit]
M76.8	Shin-Splint
M85.35	Ostitis condensans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

AOK-Sports-**Antrag** im Orthopädievertrag nach § 140a SGB V bei sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich

Die Genehmigung des AOK-Sports-Antrag ist eine Voraussetzung für die AOK-Sports-Behandlung.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____. ____. _____

Begründung für AOK-Sports
Warum ist keine physiotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich nach § 32 SGB V ausreichend?

_____

ICD-Schlüssel und Klartext-Diagnose (s. Indikationsliste):

_____.___ _____

Einteilung in Behandlungspfad: (s. Konzept – „Behandlungspfade“ S. 11)

☐ **1** (insgesamt 12 Behandlungstage in 3-4 Wochen, davon 12 Therapieeinheiten Einzeltherapie)
☐ **2** (insgesamt 16 Behandlungstage in 4-5 Wochen, davon 16 Therapieeinheiten Einzeltherapie)
☐ **3** (insgesamt 20 Behandlungstage in 5-6 Wochen, davon 20 Therapieeinheiten Einzeltherapie)

Bei Abweichung vom vorgesehenen Behandlungspfad bitte begründen:

_____

Behandlungsbeginn:

☐ sofort
☐ Behandlungsbeginn nicht vor ___. ___. _____

Unfalltag: ___. ___. _____

Art der Versorgung: _____

OP-Datum[1]: ___. ___. _____

Stationärer Aufenthalt vom ___. ___. _____ bis ___. ___._____

[1] Nur beantworten wenn Operation erfolgt ist.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____. ____. _____

Arbeitsunfähig: □ nein □ ja, seit: ___. ___. _____

voraussichtlich bis: ___. ___. _____/_____Wochen/Tage[2]

□ Vollbelastung

□ Entlastung Dauer: _____Wochen, danach: _____

□ Teilbelastung mit ____kg; Dauer: _____Wochen, danach: _____

□ Limitation Beweglichkeit: Gelenk:_____
Dauer: _____Wochen, danach: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

_____

Folgende Dokumente werden dem Patienten mitgegeben:
□ Entlassungsbericht □ OP-Bericht
□ Radiologischer Befunde □ sonstige Befunde: _____

□ Nachbehandlungsempfehlung des Operateurs: _____

_____

Welche Einschränkungen der Körperfunktion und -struktur liegen vor:

- _____
- _____

Welche Einschränkungen liegen auf der Ebene der Aktivitäten vor:

- _____

[2] Nicht zutreffendes bitte streichen

Welche Einschränkungen liegen auf der Ebene der Teilhabe vor:

- _____
- _____

Therapieziele der Behandlung durch AOK-Sports:

- _____
- _____

☐ **Der Patient hat eine Kopie des AOK-Sports-Antrags erhalten.**

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____. ____. _____

Hinweis: Die aus diesem „AOK-Sports-Antrag“ entstehenden Kosten belasten das Heilmittelbudget nicht.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift und Stempel: Arzt/Ärztin

Einwilligung zur Übermittlung des AOK-Sports-Antrag:
Ich bin damit einverstanden, dass der AOK-Sports-Antrag an die zuständige AOK-Bezirksdirektion übermittelt wird.

□ ja □ nein

_____
Datum, Unterschrift Patient/in

Wird von AOK Baden-Württemberg ausgefüllt:

Die Durchführung von AOK-Sports wurde ☐ genehmigt/ ☐ abgelehnt.

_____
Datum, Unterschrift und Stempel AOK Baden-Württemberg

AOK-Sports-**Abschlussbericht**
an den FACHARZT für Orthopädie nach § 140a SGB V

AOK-Sports-Therapieeinrichtung: _____
IK-Nr.: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____. ____. _____

ICD-Diagnose:_____

Therapieziele – erreicht/nicht erreicht? □ ja □ nein

Folgende Leistungs- und Funktionseinschränkungen liegen noch vor (falls zutreffend):

Einschränkungen der Körperfunktion und –struktur:

- _____
- _____

Auf der Ebene der Aktivitäten:

- _____
- _____

Auf der Ebene der Teilhabe:

- _____
- _____

Beurteilung und Ergänzung zum Therapieverlauf (Compliance/Hilfsmittel/zusätzlich Problemstellungen):

_____

_____

Weitere Therapieempfehlungen und Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit (falls AU vorliegt):

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift und Stempel: Ärztin/Arzt

□ **Eine Kopie des <u>AOK-Sports-Bericht</u> (Anlage 3) wurde dem Abschlussbericht beigefügt**

Anhang 6:

AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP für ORTHOPÄDEN/HAUSÄRZTE

AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP

-

Spezielles Angebot der AOK Baden-Württemberg für Patienten/innen nach Hüft- und Knie-TEP

I) AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP
- Was ist AOK-proReha?
- Leitlinienorientiertes Behandlungskonzept
- Was haben die Patientinnen und Patienten von AOK-proReha?
- Beteiligte Rehabilitationskliniken
- Evidenzbasiertes Angebot
- Welche Patientinnen und Patienten sind geeignet für die Teilnahme?
- Mitwirkung der Fachärzte für Orthopädie

II) Exkurs: Hintergrundwissen Rehabilitation
- Wann macht Rehabilitation Sinn
- Rehabilitationsformen
- Voraussetzungen
- Gesetzliche Grundlagen (inkl. Rehabilitationsrichtlinie und Begutachtungsrichtlinie)

III) Schulungsinformationen / Folien

I) AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

- **Was ist AOK-proReha?**

Unter dem Namen „AOK-proReha“ firmieren qualitätsgesicherte, leitlinienorientierte Rehabilitations-Behandlungskonzepte. Wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden sie dann in die Angebotspalette für die Kunden der AOK Baden-Württemberg übernommen, wenn sie den wissenschaftlich-medizinischen Prüfungen Stand halten konnten. Diese Produkte entstammen dem Bereich Rehabilitationsforschung der AOK Baden-Württemberg und werden in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten und baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet, erprobt und evaluiert.

Speziell auf die stationäre Anschlußrehabilitation (AR) **nach Hüft- und Knie-TEP** zugeschnitten ist „AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP“:

(☞Abschnitt I – Informationsbroschüre zu AOK-proReha)

- **Leitlinienorientiertes Behandlungskonzept**

Das leitlinienorientierte Behandlungskonzept wird regelmäßig auf medizinisch-wissenschaftliche Aktualität hin untersucht. Zuletzt fand eine Überprüfung mit positivem Ergebnis im Jahr 2012 statt. Die nächste Bewertung ist für das Jahr 2016 vorgesehen (4-Jahres-Rhythmus).

(☞Abschnitt II - Behandlungskonzept)

Aus einem definierten Pool von Therapiebausteinen stellt der behandelnde Arzt der Rehabilitationsklinik den jeweiligen Reha-Behandlungsplan patientenindividuell zusammen. Dieser Plan wird während der Rehabilitationsmaßnahme entsprechend der Entwicklungen der/des Patientin/en angepasst.

1. Übersicht über die allgemeinen AOK-proReha-Behandlungsmaßnahmen <u>für alle Patientinnen/Patienten</u>	
Einzel-Physiotherapie	mind. dreimal wöchentlich 30 Minuten
Gruppen-Physiotherapie	mind. fünfmal wöchentlich 30 Minuten
Sport- und Bewegungstherapie	Bei muskul. Defiziten Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen, mind. dreimal wöchentlich 30 Min.
Ergotherapie	zu Beginn der Rehabilitation mind. 30 Minuten
Spez. Schulungs-Programm	Dauer mind. drei Stunden

2. Übersicht über weitere AOK-proReha-Behandlungsmaßnahmen, die <u>bei Bedarf zusätzlich verordnet werden</u>	
Einzel-Physiotherapie im Bewegungsbad	in Einzelfällen med. erforderlich, mind. 20 Minuten
Continous-Passive-Motion-Therapie	bei schlechter Beuge fähigkeit und Steifigkeit, mind. 20 Minuten täglich
Klassische Massagen	bei Schmerzen und Verspannungen der Nacken- und Rücken-Muskulatur, mind. zweimal wöchentlich
Lymphdrainage	bei ausgeprägten peripheren Ödemen, mind. dreimal wöchentlich 30 Min.
Kryotherapie	bei lokalen Schwellungen und Schmerzen, nach Bedarf
Sozialberatung	bei ungeklärter häuslicher Versorgung
Psychologische Therapie	bei psychischen Begleiterkrankungen
Ernährungsberatung	bei Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen

- **Was haben die Patientinnen und Patienten von AOK-proReha?**

Vorteile von AOK-proReha:

- Qualitätsgeprüfte Behandlungsinhalte
- Transparenz – die Patientin / der Patient wissen, was auf sie zukommt
- Selbstbestimmung der Patientin / des Patienten (Einflussmöglichkeit)
- Arzt der Rehaklinik stimmt die Behandlungsmaßnahmen auf den individuellen Heilungsverlauf ab
- Professionelle Nachsorge für Zuhause

- **Beteiligte Rehabilitationskliniken**

Partner dieses speziellen Angebots sind stationäre orthopädische Rehabilitations-einrichtungen in Baden-Württemberg. Folgende Kliniken behandeln die betroffenen Patientinnen und Patienten nach der Konzeption:

(☞Abschnitt III - Übersicht über teilnehmende Rehabilitationseinrichtungen)

Die Kliniken haben sich in einem Bewerbungsverfahren den Projektanforderungen gestellt und wurden qualitätsgesichert zugelassen.

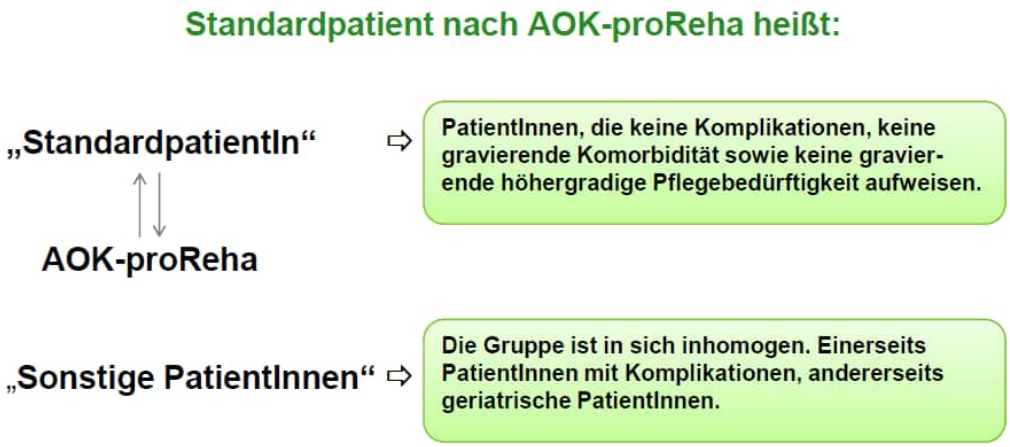
- **Evidenzbasiertes Angebot**

Diese spezialisierte Form der AR wurde von Mai 2008 bis Ende Dezember 2014 modellhaft erprobt, wissenschaftlich begleitet und evaluiert – mit sehr gutem Erfolg. Seit dem 01.01.2015 ist sie als spezielles Angebot in die alternative Regelversorgung übergegangen.

Die Inanspruchnahme des Angebots ist für betroffene Patientinnen und Patienten freiwillig. Dadurch ist die gute, aufklärende Beratung und Information potentieller Patienten/innen wichtig. I.d.R. ist diese bereits gut durch die operierenden Akuthäuser wie auch den Sozialen Dienst und die Kundencenter der AOK-Die Gesundheitskasse in Baden-Württemberg abgedeckt. Die zusätzliche Beratung und insbesondere Nachbetreuung durch den betreuenden niedergelassenen Arzt vor Ort gezielt am geeigneten Patienten rundet eine „Hand-in-Hand“-Informationspolitik hervorragend ab.

- **Welche Patientinnen und Patienten sind geeignet für die Teilnahme?**

Beim **geeigneten Patienten** handelt es sich um den sog. **„Standard-Patienten“,** bei dem eine Hüft- oder Knie-TEP absehbar wird und der keine größeren Komplikationen, keine gravierende Komorbidität oder gravierende höhergradige Pflegebedürftigkeit aufweist (s. Behandlungskonzept S. 4, Kapitel 4 – „Bildung von Untergruppen“).



- **Mitwirkung der Fachärzte für Orthopädie**

Es bieten sich die Ansatzpunkte

- **vor dem geplanten Eingriff**

und

- **Wiedervorstellung nach der stationären Rehamaßnahme.**

Vor dem geplanten Eingriff kommt neben der vorbereitenden Beratung und ausführlichen Information zum bevorstehenden Eingriff auch eine entsprechende Information zu einer potentiell notwendigen AR zum Tragen. Dafür kann insbesondere der o. g. Flyer (Informationsbroschüre) genutzt werden. Über die Möglichkeit, Flyer nachzubestellen, wird im Zuge der übergreifenden Versorgung mit Informationsmaterial im Rahmen des Facharztvertrages informiert.

Stellt sich die/der Patientin/Patient **nach der AOK-proReha-Maßnahme** wieder vor, stehen die Elemente

- Besprechung des Entlassbriefs,
- Beratung zum weiteren Vorgehen und
- Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen

im Vordergrund. Ziel sind die Festigung und der möglichst langfristige Erhalt der Rehabilitationseffekte (Nachhaltigkeit).

Ansatzpunkte Beratung und Information durch Orthopäden:

Vor dem geplanten Eingriff

Vorteile ApR

- Qualitativ hochwertige Behandlung
- Transparenz
- Selbstbestimmung
- Professionelle Nachsorge

Wiedervorstellung nach der stationären Reha

Begleitung der Nachsorge

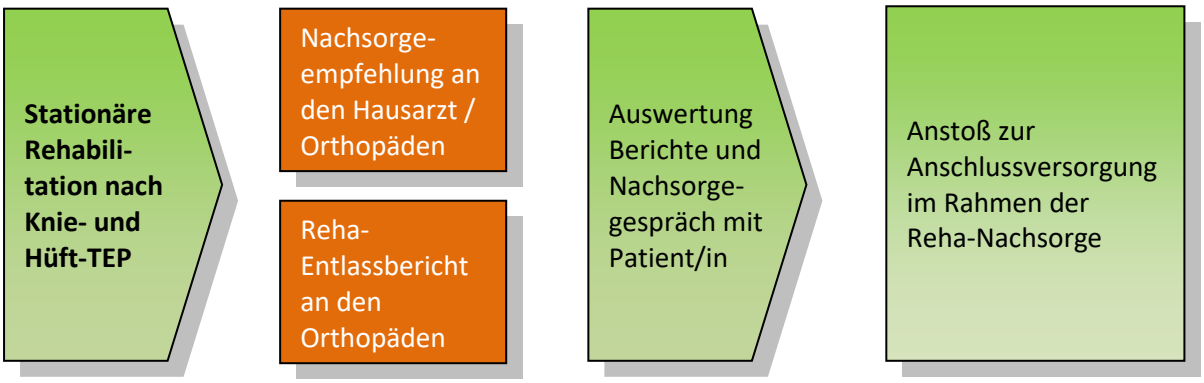
- Erklärung des Entlassbriefs
- Beratung zur Nachsorgeempfehlung
- Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen

BERATUNG und MOTIVATION

Die Patienten/innen erhalten von der entlassenden Rehabilitationseinrichtung neben dem Entlassbrief auch eine sog. Nachsorgeempfehlung, die als Basis der weiteren Versorgung dienen kann:

(☞Abschnitt IV - Muster Nachsorgeempfehlung)

Prozess



Beim **Nicht-Standardpatienten** erfolgt die Beratung und Information entsprechend dem bisherigen, allgemeinen Vorgehen.

II) Exkurs: Hintergrundwissen Rehabilitation

- **Wann macht Rehabilitation Sinn?**

Reicht eine ärztliche Behandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Beseitigung oder Verminderung von Schäden und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen nicht aus, kann eine medizinische Rehabilitation notwendig werden. Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte einer Maßnahme umfasst. Als begriffliches Bezugssystem dient das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

- **Rehabilitationsformen**

Medizinische Rehabilitation kann in **stationärer** oder **ambulanter** Form erfolgen – je nach den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten. Neben der **Rehabilitation, die aus dem niedergelassenen Bereich** in die Wege geleitet werden kann (vgl. Reha-Richtlinie, jeweils aktuelle Fassung, derzeit vom 19.06.2009) gibt es die **Anschlussrehabilitation** (AR), die vom Akut-Krankenhaus eingeleitet wird.

- **Voraussetzungen**

Als übergreifende **Voraussetzungen** gelten für alle Formen

- eine vorliegende Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- reelle Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

- **Gesetzliche Grundlagen**

Die gesetzlichen Grundlagen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind die Regelungen des SGB V und des SGB IX. Die konkreten Anforderungen zur Verordnung der Leistungen wie auch Informationen zu den unterschiedlichen Leistungsträgern beschreiben umfassend insbesondere die

- Rehabilitations-Richtlinie, jeweils aktuelle Fassung, derzeit vom 19.06.2009 (http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/grundlagen/richtlinien/rehabilitation/index.html)
- Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabiliation, jeweils akutelle Fassung, derzeit vom Februar 2012 (http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/grundlagen/richtlinien/begutachtung/index.html)

III) Schulungsinformationen / Folien

☞Abschnitt V – Schulungsinformationen

AOK-proReha – professionelle Betreuung während und nach Ihrer stationären Rehabilitation

Das AOK-proReha-Programm sorgt mit qualitativ hochwertigen Anwendungen dafür, dass Sie die für Sie geeigneten Behandlungen in der richtigen Intensität erhalten. Zudem ermöglicht AOK-proReha auch die anschließende professionelle Nachsorgebehandlung zu Hause – unter Aufsicht Ihres Hausarztes.

Mit einem umfangreichen Reha-Nachsorgeprogramm bietet die AOK Baden-Württemberg einzigartige Leistungen – exklusiv für ihre Versicherten.

Den AOK-Reha-Begleiter erhalten Sie in der Reha-Klinik.

Die AOK tut mehr:
Pro Reha. Pro Gesundheit. Pro Lebensqualität.

Sprechen Sie rechtzeitig mit uns über Ihre optimale Reha-Betreuung. Ihre AOK-Berater stehen Ihnen dafür jederzeit zur Verfügung.

Weitere Informationen zu AOK-proReha erhalten Sie unter **www.aok-bw.de oder bei Ihrer AOK vor Ort.**

AOK Baden-Württemberg
Für Ihre Gesundheit machen wir uns stark.

ZGH 0196 · 05/13 · 15 · Fotos: Burkhardt Hellwig

AOK Die Gesundheitskasse.

Ihr persönlicher Reha-Leitfaden

Patienteninformation für die Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksoperationen

AOK proReha
Bestens versorgt

AOK Baden-Württemberg · Immer das Richtige für Sie.

Damit Ihre Rehabilitation von Anfang an ein voller Erfolg wird

Mit dem Behandlungskonzept AOK-proReha für die Rehabilitation nach dem Einsetzen von Hüft- oder Kniegelenksendoprothesen legt die AOK Baden-Württemberg als erste Krankenkasse bundesweit Behandlungsinhalte für die stationäre Rehabilitation auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Forschung fest. Damit sorgen wir für einen einheitlich hohen Behandlungsstandard in den Kliniken und tragen dazu bei, Ihren Heilungsprozess zu beschleunigen.

Zielgerichtete Behandlung nach Plan
Alle Kliniken, die bereit sind, die qualitativen Anforderungen des AOK-proReha-Programms zu erfüllen, behandeln unsere Versicherten nach diesem Konzept. Sie erhalten vor der Rehabilitation einen Überblick, was Sie in der Reha erwartet, und Sie können damit auch die Qualität Ihrer Behandlung überprüfen. Das heißt, sofern Sie die beschriebenen Leistungen nicht in vollem Umfang erhalten, haben Sie rechtzeitig die Möglichkeit, dies bei Ihrem behandelnden Arzt anzusprechen.

Für unsere Versicherten nur das Beste in der Rehabilitation

Das übersichtliche AOK-proReha-Behandlungskonzept sorgt für Transparenz und legt genau fest, welche Therapien Sie in welcher Intensität im Anschluss an das Einsetzen einer Hüft- oder Kniegelenksendoprothese erhalten. Ihr Reha-Arzt stimmt die Behandlungsmaßnahmen bei Bedarf auf Ihren individuellen Heilungsverlauf ab.

1. Übersicht über die allgemeinen AOK-proReha-Behandlungsmaßnahmen für alle Patienten:

Einzel-Physiotherapie	mindestens **dreimal wöchentlich 30 Minuten**
Gruppen-Physiotherapie	mindestens **fünfmal wöchentlich 30 Minuten**
Gruppen-Physiotherapie im Bewegungsbad	falls medizinisch vertretbar, mindestens **fünfmal wöchentlich 20 Minuten**
Sport- und Bewegungstherapie	bei muskulären Defiziten, Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen, mindestens **dreimal wöchentlich 30 Minuten**
Ergotherapie	zu Beginn der Rehabilitation mindestens **30 Minuten**
Spezielles Schulungsprogramm	Dauer mindestens **drei Stunden**

2. Übersicht über weitere AOK-proReha-Behandlungsmaßnahmen, die bei Bedarf zusätzlich verordnet werden:

Einzel-Physiotherapie im Bewegungsbad	in Einzelfällen medizinisch erforderlich, mindestens **20 Minuten**
Continuous-Passive-Motion-Therapie	bei schlechter Beugefähigkeit und Steifigkeit, mindestens **20 Minuten täglich**
Klassische Massagen	bei Schmerzen und Verspannungen der Nacken- und Rückenmuskulatur, mindestens **zweimal wöchentlich**
Lymphdrainage	bei ausgeprägten peripheren Ödemen, mindestens **dreimal wöchentlich 30 Minuten**
Kryotherapie	bei lokalen Schmerzen und Schwellungen, nach Bedarf
Sozialberatung	bei ungeklärter häuslicher Versorgung
Psychologische Therapie	bei psychischen Begleiterkrankungen
Ernährungsberatung	bei Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen

Abweichungen können im Einzelfall medizinisch erforderlich sein.

Professionelle Nachsorgebehandlung zu Hause

Auch nach Ihrer Rehabilitation kümmern wir uns umfassend um Ihre schnellstmögliche Genesung. Mit einer guten und professionellen Nachsorge wird der Erfolg Ihrer Rehabilitation langfristig gesichert.

Die Reha-Nachsorge basiert auf zwei Bausteinen:

- Ihr Hausarzt behandelt Sie und kann Ihnen Heilmittel wie Krankengymnastik sowie Rehabilitationssport oder Funktionstraining verordnen.
- Vielfältige Leistungen der AOK-Gesundheitszentren:
  – die kostenfreie AOK-Gesundheitsberatung.
  – die kostenfreie Teilnahme an den AOK-Gesundheitsangeboten in Ihrer Nähe zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Mit diesem umfangreichen Reha-Nachsorgeprogramm bietet die AOK Baden-Württemberg einzigartige Leistungen – exklusiv und kostenfrei für ihre Versicherten.

Kleines AOK-proReha-Glossar für Patienten

- **Continuous-Passive-Motion-Therapie (CPM)** steht für eine kontinuierliche passive Bewegungstherapie eines Gelenkes mit einer motorisierten Schiene.
- **Endoprothesen** sind Implantate, die dauerhaft im Körper verbleiben, wie z. B. künstlich nachgebildete Hüft- oder Kniegelenke.
- **Ergotherapie** hilft gesundheitlich beeinträchtigten Menschen mit motorisch-funktionellen und neurophysiologischen Störungen, durch spezifische Aktivitäten, Umweltanpassungen und Beratung ihre Lebensqualität im Alltag zu verbessern.
- **Kryotherapie** steht für die Anwendung von Kälte zu therapeutischen Zwecken wie der Hemmung von Entzündungen.
- **Lymphdrainage** sorgt durch sanfte oberflächliche Manipulation des Bindegewebes für eine Verschiebung der Lymphflüssigkeit und eine Aktivierung des Lymphabflusses, um den Körper zu „entstauen“.
- **Physiotherapie** ersetzt die früher übliche Bezeichnung „Krankengymnastik“. Die Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive – z. B. durch den Therapeuten geführte – und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen.

AOK Die Gesundheitskasse.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Evidenzbasiertes Behandlungskonzept:

Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksendoprothesen

STATIONÄRE REHABILITATION UND NACHSORGE

Stand: 10. Januar 2007

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin
(Direktor Prof. Dr. W. H. Jäckel)
Breisacher Str. 62, Haus 4
79106 Freiburg
Tel. 0761/270-7487
Fax 0761/270-7331

INHALTSVERZEICHNIS

REHABILITATION

1 Teilnehmer 3
2 Konsensprozess 3
3 Präambel 3
4 Bildung von Untergruppen 4
5 Ziele der Rehabilitation 4
5.1 Körperfunktionen und –strukturen 5
5.2 Aktivitäten und Teilhabe 6
5.3 Kontextfaktoren 6
6 Therapiekonzept Rehabilitation 7
7 Dauer der Rehabilitation 9
7.1 Kriterien für die Entlassung aus der Rehabilitation 9
7.2 Rückverlegung ins Akutkrankenhaus 9
8 Inhalte des Entlassungsberichts 10

NACHSORGE

9 Ziele der Nachsorge 11
10 Therapiekonzept Nachsorge 11

ANHANG

Methodik 12
Postbefragung 12
Patienten- und Ärztebefragung 12
Leitlinien- und Literaturrecherche 13
Expertentreffen 13

Die Erarbeitung des Behandlungskonzeptes erfolgte in einem Expertenworkshop (Freiburg 06. – 07.10.2005).

Vorbemerkungen

Die Angaben in diesem Dokument gelten in großen Teilen für Hüft- und Kniegelenksendoprothesen. Wenn Angaben nur für eine Indikation gelten bzw. sich zwischen den Indikationen unterscheiden, ist eindeutig kenntlich gemacht, auf welche Indikation sich die Angaben beziehen.

Um die Lesbarkeit des vorliegenden Textes zu erleichtern, wird im Folgenden das üblicherweise verwendete generische Maskulinum („der Patient", „der Arzt" etc.) gebraucht, das gleichermaßen männliche und weibliche Personen umfasst. Die Entscheidung für diese Schreibweise beruht also auf rein praktischen und nicht auf inhaltsbezogenen Erwägungen.

REHABILITATION

1 Teilnehmer

Experten: Dr. Knut Andersen (Vincentius Klinik, Konstanz), Claudia Buttig (Physiotherapeutin, Vinzenz-Klinik, Bad Ditzenbach), Prof. Dr. Jürgen Heisel (Fachklinik Hohenurach, Bad Urach), Gisela Kittelmann (Physiotherapeutin, Theresienklinik, Bad Krozingen), Connie Koesling (Ergotherapeutin, Ev. Waldkrankenhaus, Berlin-Spandau), Dr. Oliver Maier-Börries (AOK-Klinik Stöckenhöfe, Wittnau), Hartwig Rau (Vinzenz-Klinik, Bad Ditzenbach), Dr. Ludwig Zwack (Argentalklinik, Isny-Neutrauchburg)

An den schriftlichen Konsensrunden zur Abstimmung über das Ergebnis waren zudem folgende Experten beteiligt:

Prof. Dr. Bernhard Greitemann (Klinik Münsterland), PD Dr. Stefan Kessler (Städt. Krankenhaus Sindelfingen), Prof. Dr. Martin Lukoschek (Vincentius Klinik Konstanz), Dr. Peter Maier (Klinik Maximilianbad)

AQMS: Dr. med. Michael Gülich, MPH, Prof. Dr. Wilfried H. Jäckel, Dipl.-Psych. Evelyn Müller

2 Konsensprozess

Die Erarbeitung dieses Behandlungskonzeptes erfolgte in einem zweitägigen Expertentreffen. Änderungsvorschläge, die in den anschließenden schriftlichen Delphi-Runden eine 2/3-Mehrheit (mindestens 8 von 12 Stimmen) fanden, haben wir in das Behandlungskonzept übernommen. Wurde keine 2/3-Mehrheit erreicht, wurde der Alternativvorschlag in einer Fußnote übernommen. Eine Beschreibung der Methoden, anhand derer das vorliegende Behandlungskonzept erstellt wurde, findet sich im Anhang.

3 Präambel

Aufgabe der Rehabilitation ist nicht nur, die Folgen der Implantation der Hüft- bzw. Kniegelenksendoprothese zu behandeln, vielmehr sollte der „ganze Mensch" mit allen Teilhabestörungen gesehen und behandelt werden.

4 Bildung von Untergruppen

Als Voraussetzung für die Untergruppenbildung wurde festgelegt, dass die Gruppen klar definiert und zahlenmäßig relevant sein sollten, zudem sollten sie Varianz in den Behandlungsinhalten und der Rehabilitationsdauer aufklären. Für die einzelnen Gruppen sollten Ziele der Rehabilitation, Aufenthaltsdauer, Therapieart und Therapieintensität definiert werden.

Auf der Grundlage dieser Voraussetzungen wurden im Konsens zwei Gruppen definiert:

„Standardpatienten"

Patienten die keine Komplikationen, keine gravierende Komorbidität sowie keine höhergradige Pflegebedürftigkeit aufweisen. Der Anteil dieser Gruppe an den Gesamtfällen beträgt mindestens 70 Prozent.

„Sonstige Patienten"

Die Gruppe der „Sonstigen" ist in sich inhomogen. Einerseits werden Patienten mit Komplikationen dazugezählt, andererseits geriatrische Patienten, die an der Gesamtzahl der Patienten 20 Prozent und mehr ausmachen. Sie benötigen individualisierte Behandlungskonzepte (z.B. auf einer speziellen Station und / oder nur einzeltherapeutisch und / oder spezielle Gruppen).

Aufgrund der Inhomogenität der Gruppe der „Sonstigen", sind für diese Gruppe individuelle Rehabilitationsziele und Behandlungsstrategien erforderlich.

Die folgenden Angaben konzentrieren sich auf die „Standardpatienten".

5 Ziele der Rehabilitation

Die Erarbeitung der Ziele der Rehabilitation erfolgte auf Grundlage der im ersten Expertenworkshop erarbeiteten Ergebnisse zu dieser Fragestellung, die erweitert und operationalisiert wurden: Die Zieldefinition erfolgte innerhalb des Modells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Zudem wurde jedes Ziel operationalisiert und es wurden Maßnahmen und die zuständige Berufsgruppe festgelegt, durch die es erreicht werden sollte.

5.1 Körperfunktionen und -strukturen

Tabelle 1: Ziele im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen

Ziel	Operationalisierung / Kriterien	Maßnahmen	Zuständige Berufsgruppen
Verbesserung der Beweglichkeit	*Hüft-TEP:* Flexion 90° Extension 0° Abduktion 20° *Knie-TEP:* Flexion 90-110° Extension 0°	Mobilisation	Physiotherapeut
Steigerung der Belastbarkeit	Vollbelastung, falls dem keine Vorgaben des Operateurs entgegenstehen	Gehschule	Physiotherapeut
Unauffälliges Gangbild	inkludiert Kraft, Ausdauer, Koordination: - sicherer Gang - zumindest Vierpunktegang - zumindest 20 Minuten - Gehstrecke mindestens 500m	Gangtraining Muskelkräftigung Koordinationstraining Medizinische Trainingstherapie	Physiotherapeut Diplom-Sportlehrer
Schmerzfreiheit	keine Dauermedikation	Physikalische Therapie (z.B. manuelle Lymphdrainage, Kryotherapie) Physiotherapie sinnvolle Reduktion der Medikamente	Arzt Physiotherapeut auch Masseur
adäquate Krankheitsbewältigung (bei Standardpatienten nicht erforderlich, jedoch bei psychischer Komorbidität)	Einsatz geeigneter Assessmentinstrumente (z.B. Fragebögen)	Einzelgespräche Schulung Entspannungstraining	Arzt Ergotherapeut Physiotherapeut Psychologe
weitgehende Rückbildung des Stauungsödems	keine wesentliche Schwellung (z.B. keine Umfangsdifferenz)	manuelle Lymphdrainage sonstige Entstauungstherapie	Masseur Physiotherapeut

5.2 Aktivitäten und Teilhabe

Übergeordnetes Ziel: keine nicht nur vorübergehende, alltagsrelevante Aktivitätseinschränkung

Tabelle 2: Ziele im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe

Ziel	Operationalisierung / Kriterien	Maßnahmen	Zuständige Berufsgruppen
Selbstversorgungsfähigkeit	Standardisiertes Assessment der Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. durch Fragebogen)	Beratung Schulung Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (bei Knie-TEP nur im Einzelfall erforderlich) *Nur bei Hüft-TEP:* Hilfsmittelversorgung und -training	Ergotherapeut auch Pflegepersonal, Physiotherapeut, Arzt
Mobilität	Benutzung von PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln, Treppengehen, Gehen auf verschiedenen Untergründen	Mobilitätstraining	Ergotherapeut Physiotherapeut Diplom-Sportlehrer
Häusliches Leben	Vorbereitung auf die Entlassung nach Hause: - Pflege - Essensversorgung - Betreuung durch Angehörige	Abklärung Beratung Organisation	Reha- und Sozialberater

5.3 Kontextfaktoren

Tabelle 3: Ziele im Bereich der Kontextfaktoren

Ziel	Operationalisierung / Kriterien	Maßnahmen	Zuständige Berufsgruppen
Krankheitswissen	Befragung	Beratung Schulung	gesamtes Reha-Team
Wissen über Nachteilsausgleich	Befragung	Soziale Beratung	Reha- und Sozialberater, Arzt

6 Therapiekonzept Rehabilitation

Für jede Therapieform wurden Frequenz und Dauer, Indikationen und Kontraindikationen sowie die zuständige Berufsgruppe festgelegt.

Tabelle 4: Therapiekonzept für die stationäre Rehabilitation (Standardpatient)

Therapieform	Frequenz / Dauer	Indikationen / Kontraindikationen	Zuständigkeit
Medikamentöse Therapien			
Medikamentöse Thrombose-prophylaxe	mindestens vier Wochen ab OP-Datum	*Indikation:* alle Patienten	Arzt
Nur bei Hüft-TEP: Medikamentöse Ossifikations-prophylaxe	entsprechend den Vorgaben des Operateurs		Arzt
Physiotherapie			
Allgemeine Indikationen: *muskuläre Defizite, Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Schmerzen, Koordinationsstörungen* *Kontraindikationen sind nur für einzelne Physiotherapietechniken definierbar.*			
Einzel-Physio-therapie (darunter auch Gehschule)	mindestens dreimal wöchentlich[1] 30 Minuten	*Indikation:* alle Patienten	Physiotherapeut
Gruppen-Physio-therapie (maximal 10 Teilnehmer)	mindestens fünfmal wöchentlich 30 Minuten	falls Gruppe medizinisch vertretbar	Physiotherapeut
Einzel-Physio-therapie im Bewegungsbad	mindestens 20 Minuten	beim Standardpatienten nicht erforderlich	Physiotherapeut
Gruppen-Physio-therapie im Bewegungsbad	mindestens fünfmal wöchentlich mindestens 20 Minuten	falls medizinisch vertretbar[2]	Physiotherapeut
Continuous Passive Motion	täglich mindestens 20 Minuten	*Indikation Hüft-TEP:* im Einzelfall bei schlechter Beugefähigkeit *Indikation Knie-TEP:* Flexions- und Extensionsdefizit, Steifigkeit	Physiotherapeut

[1] Alternativer Vorschlag aus dem schriftlichen Konsensverfahren: *„anfänglich, bis etwa zur vierten postoperativen Woche, drei- bis fünfmal wöchentlich, ab der vierten postoperativen Woche zwei- bis dreimal wöchentlich"*. Die Abstimmung dazu ergab bei 12 Experten 6 Zustimmungen und 6 Ablehnungen.

[2] Vorschlag für eine Ergänzung aus dem schriftlichen Konsensverfahren: *„falls medizinisch nicht vertretbar, zusätzlich Einzelphysiotherapie zweimal pro Woche"*. Die Abstimmung dazu ergab bei 12 Experten 5 Zustimmungen und 7 Ablehnungen.

Fortsetzung Tabelle 4: Therapiekonzept für die stationäre Rehabilitation (Standardpatient)

Therapieform	Frequenz / Dauer	Indikationen / Kontraindikationen	Zuständigkeit
Sport- und Bewegungstherapie / Medizinische Trainingstherapie			
Besonderheit: *auch zur Kräftigung der Rückenmuskulatur und der oberen Extremität (Gehhilfe)* *Knie TEP: Belastende Knieübungen nicht vor der 4. postoperativen Woche*			
nicht mehr als 10 Patienten pro Therapeut	mindestens dreimal wöchentlich 30 Minuten	*Indikation:* muskuläre Defizite, Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen *Kontraindikation:* aktuelle Schmerzprobleme oder Reizzustände in der betroffenen Region	Physiotherapeut Diplom-Sportlehrer
Patientenschulung			
spezielles einrichtungsspezifisches, standardisiertes Schulungsprogramm	Dauer insgesamt mindestens drei Stunden	*Indikation:* alle Patienten	Unter Beteiligung von: Arzt Physiotherapeut Ergotherapeut
Ergotherapie			
Aufgaben: Assessment der Aktivitäten des täglichen Lebens, Schulung und Beratung (auch Hilfsmitteltraining)	zu Beginn der Rehabilitation mindestens 30 Minuten, inklusive Feststellung weiteren Bedarfs	*Indikation:* alle Patienten	Ergotherapeut
Massage			
Klassische Massage	mindestens zweimal wöchentlich	*Indikation:* Schmerzen und Verspannung der Nacken- und Rückenmuskulatur *Knie-TEP:* nur in Einzelfällen erforderlich	Masseur Physiotherapeut
Manuelle Lymphdrainage	mindestens dreimal wöchentlich bei Bedarf, bis zur Rückbildung mindestens 30 Minuten	*Indikation:* ausgeprägte periphere Ödeme	Masseur Physiotherapeut
Kryotherapie			
Kryotherapie	nach Bedarf	*Indikation:* lokale Schmerzen und Schwellung, Hämatom	Masseur Physiotherapeut Pflegepersonal
Sozialberatung			
Sozialberatung	nach Bedarf	*Indikation:* ungeklärte häusliche Versorgung, anstehender Nachteilsausgleich	Reha- und Sozialberater

Fortsetzung Tabelle 4: Therapiekonzept für die stationäre Rehabilitation (Standardpatient)

Psychologische Therapie			
Einzelgespräche Schulung Entspannungstraining	individuell	*Indikation:* bei behandlungsbedürftiger psychischer Komorbidität	Psychologe
Ernährungsberatung			
Ernährungsberatung	individuell	*Indikation:* Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen	Diätassistent

7 Dauer der Rehabilitation

In der Regel werden die Patienten nach der gesetzlichen Rehabilitations-Dauer (längstens 3 Wochen) entlassen. Es wurde festgelegt, unter welchen Bedingungen dieser Zeitraum angemessen ist.

7.1 Kriterien für die Entlassung aus der Rehabilitation

- bei Erreichen der Ziele der Rehabilitation (siehe 5 Ziele der Rehabilitation)
- bei fehlender Aussicht auf weitere Besserung
- keine multimodale, interdisziplinäre Therapie mehr erforderlich
- ambulante Heilmittelversorgung ausreichend
- fehlende Motivation / Compliance
- in der Regel nach drei Wochen erreicht

7.2 Rückverlegung ins Akutkrankenhaus

- Komplikationen mit akutmedizinischem Behandlungs- und/oder Überwachungsbedarf
  - Verdacht auf Infekt
  - Fraktur
  - *Hüft-TEP:* Luxationen, falls nicht reponibel
  - *Knie-TEP:* persistierende ausgeprägte Bewegungseinschränkung[3]

[3] Die Mehrheit der Experten hält eine Verlängerung der Rehabilitation zur Vermeidung einer Narkosemobilisation bei Knie-TEP in der Akutklinik für angebracht.
Dazu Anmerkung von 2 Experten: *„Nach einer Stagnation der Beugung um 90 Grad über die Dauer einer Woche sollte eine Vorstellung in der operierenden Klinik vorgenommen werden."* Diese Anmerkung aus der letzten Konsensrunde konnte nicht mehr zur Abstimmung gestellt werden.

8 Inhalte des Entlassungsberichts

Neben den allgemeinen Anforderungen an Entlassungsberichte sollten folgende endoprothesenspezifische Inhalte Beachtung finden:

- Beweglichkeit des operierten Gelenks (Aufnahme und Entlassung)
- Wundzustand (Aufnahme und Entlassung)
- Gangbild (Aufnahme und Entlassung)
- Erforderliche und evtl. schon abgegebene / verordnete Hilfsmittel (ggf. auch bei Knie-TEP)
- Schmerzen (Aufnahme und Entlassung)
- letzte Medikation
- aktuelle Laborbefunde
- Einschränkungen der alltagsrelevanten Aktivitäten (Aufnahme und Entlassung)
- Belastbarkeit
- Gehstrecke
- Erforderliche Weiterbehandlung
- Erforderliche Kontrolluntersuchung

Zusätzlich bei Knie-TEP:

- Umfangsmaße (Aufnahme und Entlassung)
- Bandstabilität
- klinische Beinachse

NACHSORGE

9 Ziele der Nachsorge

- Schmerzfreiheit
- keine alltagsrelevanten Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe
- altersübliches Gehvermögen
  - unterstützungsfrei
  - freies Treppengehen
- keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit
- stabiles Gelenk

10 Therapiekonzept Nachsorge

Tabelle 5: Therapiekonzept für die Nachsorge (Standardpatient)

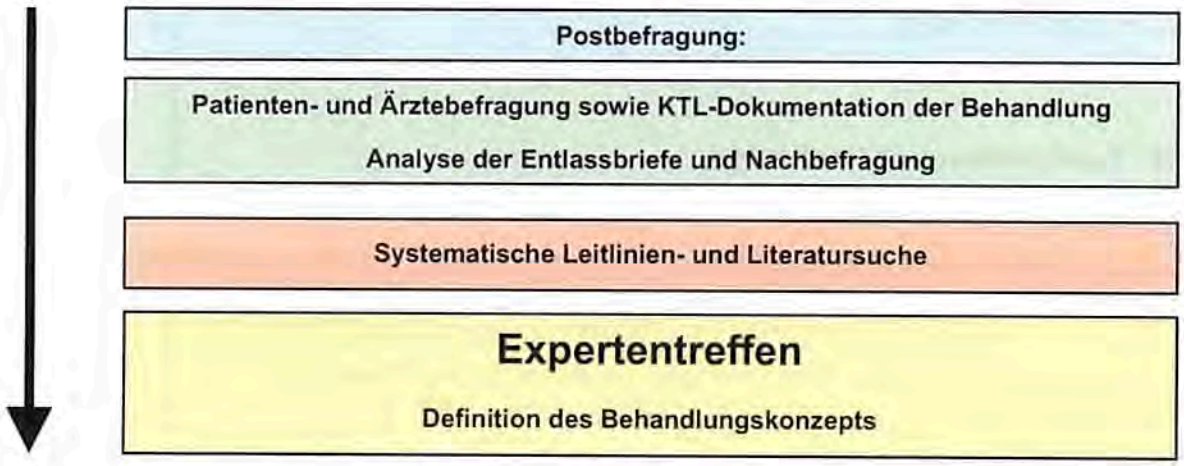
Therapieform	Frequenz / Dauer	Indikationen / Kontraindikationen	Zuständigkeit
Physiotherapie / gerätegestützte Krankengymnastik			
Physiotherapie / gerätegestützte Krankengymnastik	zweimal wöchentlich 20-30 Minuten plus Eigenübungsprogramm *Hüft-TEP:* über drei bis sechs Wochen, bei gerätegestützter KG auch länger *Knie-TEP:* über vier bis acht Wochen, bei gerätegestützter KG auch länger	bei noch relevanten Bewegungseinschränkungen oder bei Gangunsicherheit *Hüft-TEP:* - ggf. zur Gehhilfeentwöhnung - insgesamt bei ca. 50-60% aller Standardpatienten *Knie-TEP:* - insgesamt bei ca. 80-90% aller Standardpatienten	Physiotherapeut
eigenständiges Übungsprogramm Schriftliche Information durch die Rehabilitationsklinik	*Hüft-TEP:* täglich über mindestens sechs Wochen *Knie-TEP:* täglich über mindestens acht Wochen	alle Patienten	Patient
Ärztliche Kontrollen			
beim Operateur / niedergelassenen Facharzt	drei Monate postoperativ (bzw. nach Vorgaben des Operateurs)	alle Patienten	Patient Arzt

ANHANG

Methodik

Das Projekt „Behandlungskonzept in der Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksendoprothesen" wurde von der AOK Baden-Württemberg in Auftrag gegeben und von der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin der Universitätsklinik Freiburg durchgeführt.

Die zentrale Veranstaltung zur Erstellung des vorliegenden Behandlungskonzeptes war das Expertentreffen im Oktober 2005 (siehe Grafik 1), bei dem die Definition des Behandlungskonzeptes für die Rehabilitation und die Nachsorge durch die Experten stattfand.



Grafik 1: Darstellung der Methoden bei der Erstellung des Behandlungskonzeptes

Postbefragung

In einer postalischen Befragung wurden 57 Chefärzte von Akut- und Rehakliniken angeschrieben. Die Befragung zielte auf eine Priorisierung möglicher Behandlungsinhalte für die Akutphase, die Frührehabilitation, die Rehabilitation und die Nachsorge und ermöglichte in den nachfolgenden Projektschritten eine Orientierung an einer breiten Expertenmeinung.

Patienten- und Ärztebefragung

Die Befragung von 660 Patienten und ihren Ärzten in 11 Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg (12/2004 – 07/2005) ermöglichte eine umfassende Beschreibung der Patientenklientel (soziodemografische Variablen, Gesundheitszustand und Veränderungen während der Rehabilitation) sowie der Behandlungskonzepte der Kliniken (durch die Erfassung der therapeutischen Leistungen anhand der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)).

Leitlinien- und Literaturrecherche

Leitlinien und auch Behandlungskonzepte sollten sich immer nach dem „Prinzip der besten verfügbaren Evidenz" richten. Diese Evidenz wurde aus den Ergebnissen einer hierarchisch angelegten Literaturrecherche zunächst im übergeordneten Bereich der systematischen Reviews und Leitlinien sowie auch aus der Primärliteratur erschlossen.

Für die 34 Bereiche, die im Rahmen einer computergestützten Inhaltsanalyse der Medical Subject Headings der Veröffentlichungen in MEDLINE (1999-2004; Suche anhand der Indikaton) identifiziert und als relevant für den Versorgungsbereich Rehabilitation definiert wurden, sind individuelle Suchalgorithmen für Medline (1966 bis 2005) erstellt worden. Weitere Suchen anhand der Indikation wurden in der Cochrane Database of Systematic Reviews (3rd Quarter 2005), in CINAHL (1982 bis 25.01.2005) und PsychINFO (1800 bis 25.01.2005) durchgeführt.

Alle relevanten Studien wurden nach Themengebiet und Indikation getrennt (Hüft- und Knie-TEP) und mittels eines standardisierten Datenblattes exzerpiert. Die Bewertung der Studien wurde nach folgenden Kriterien vorgenommen: Randomisierungsverfahren, patienten- oder arztseitige Verblindung sowie Analysemethode (Intention-to-Treat-Analyse) und Power. Bei Vorliegen von mehr als 3 von 5 möglichen Punkten[4] wird von guten Studien gesprochen. Des Weiteren wurde versucht abzuschätzen, ob die Studienergebnisse auf das Patientenkollektiv und den Zeitraum der Rehabilitation in Deutschland anwendbar sind. Dies ist nur eingeschränkt möglich.

Expertentreffen

Zur Vorbereitung des Expertentreffens wurden die Experten im Rahmen einer Vorabbefragung gebeten, schriftlich Diskussionspunkte zu den verschiedenen Fragestellungen einzureichen und es wurde ein umfangreicher Materialband unter anderem mit den Ergebnissen der Literaturanalyse versandt.

Im Expertentreffen wurde für jeden Themenkomplex zunächst sichergestellt, dass alle Teilnehmer den gleichen Kenntnisstand haben, indem die wichtigsten Informationen aus der Patienten- und Ärztebefragung, der KTL-Leistungserfassung und der Literaturanalyse präsentiert wurden. Am Ende der Präsentation stand jeweils die Folie mit den Diskussionspunkten aus der Vorabbefragung.

Im zweiten Schritt wurden in einer offenen Diskussion alle Aspekte, die den Experten wichtig erschienen, in der Gruppe diskutiert. In Abhängigkeit von der Komplexität und dem Diskussionsbedarf einzelner Fragestellungen wurden auch verschiedene Moderationstechniken angewandt. Im Anschluss fand jeweils die inhaltliche und sprachliche

[4] Jeweils 1 Punkt wurde vergeben für: Randomisierung, Verblindung, externe Durchführung der Randomisierung, Einschränkung der Vorhersehbarkeit der Zuordnung („concealment"), ITT-Analyse

Formulierung des Entwurfs des Behandlungskonzeptes durch Diskussion und Abstimmung statt. Vor Abschluss des Expertentreffens wurde noch einmal das Gesamtergebnis schriftlich vorgelegt und die Experten hatten Gelegenheit Einwände und Diskussionsbedarf zu äußern. Die entsprechenden Punkte wurden noch einmal aufgegriffen und diskutiert.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgte durch die Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin.

In einem nachgeschalteten schriftlichen Delphi-Prozess hatten die Experten in der ersten Runde die Möglichkeit noch einmal Änderungsvorschläge einzubringen und nachfolgend in der zweiten Runde über diese Vorschläge abzustimmen. Vorschläge, die mit einer 2/3-Mehrheit (8 von 12 Experten) angenommen wurden, wurden in das Konzept übernommen. Wurde keine 2/3-Mehrheit erreicht wurde das Minderheitenvotum (bzw. bei 6:6 Stimmen der Änderungsvorschlag) in eine Fußnote übernommen. In einer dritten Runde hatten die Experten noch einmal Gelegenheit ein Veto einzulegen.

Ein Methoden-Report ist bei der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (Universitätsklinikum Freiburg) erhältlich.

AOK FACHARZT PROGRAMM

AOK-proReha - teilnehmende Rehabilitationskliniken

Nr.	IK	Name	PLZ	Ort
1	510844501	Sana-Klinik Albstadt GmbH	72461	Albstadt
2	260831608	Rehaklinik Sankt Marien	79415	Bad Bellingen
3	260832437	Markgräflerland-Klinik GmbH & Co KG	79415	Bad Bellingen
4	510831528	MediClin Seidel-Klinik Bad Bellingen	79415	Bad Bellingen
5	260810556	Rehabilitations- und Kurklinik Bad Boll	73087	Bad Boll
6	260840335	Federseeklinik Moorheilbad gGmbH	88422	Bad Buchau
7	260810567	Vinzenz-Klinik Bad Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach
8	260832197	Limberger	78066	Bad Dürrheim
9	260832482	Waldeck Klinik GmbH & Co	78073	Bad Dürrheim
10	510824676	Fachklinik Falkenburg	76332	Bad Herrenalb
11	510830264	Breisgau-Klinik	79189	Bad Krozingen
12	510831038	Rheintalklinik	79189	Bad Krozingen
13	510831390	Schwarzwaldklinik II (Orthopädie)	79189	Bad Krozingen
14	510831061	Theresienklinik Bad Krozingen II	79189	Bad Krozingen
15	510820661	AOK-Klinik Schlossberg	75378	Bad Liebenzell
16	260811318	Klinik Dr. Vötisch	97980	Bad Mergentheim
17	260811682	Klinik Hohenlohe	97980	Bad Mergentheim
18	510834393	Schlüsselbadklinik	77740	Bad Peterstal-Griesbach
19	510812262	Rosentrittklinik	74906	Bad Rappenau
20	510812239	Salinen-Klinik	74906	Bad Rappenau
21	260811944	Vesalius Klinik	74906	Bad Rappenau
22	260831857	RehaKlinik Bad Säckingen	79713	Bad Säckingen
23	510840459	Rehabilitationsklinik Bad Saulgau (Waldburg-Zeil-Kliniken)	88348	Bad Saulgau
24	260820262	Sigel-Klinik	76669	Bad Schönborn
25	510826861	Sigmund-Weil-Klinik	76669	Bad Schönborn

Nr.	IK	Name	PLZ	Ort
26	260820240	St. Rochus-Klinik	76669	Bad Schönborn
27	510842509	Fachkliniken Hohenurach	72574	Bad Urach
28	260841085	Klinik im Hofgarten (Waldburg-Zeil-Kliniken)	88339	Bad Waldsee
29	510844749	Klinik Maximilianbad	88339	Bad Waldsee
30	510841450	Rehazentrum bei der Therme	88339	Bad Waldsee
31	510820570	Klinik am Olgabad	75323	Bad Wildbad
32	510816950	SRH Gesundheitszentrum	74206	Bad Wimpfen
33	260841096	Moorsanatorium Bad Wurzach	88410	Bad Wurzach
34	260840836	Rehabilitationsklinik (Waldburg-Zeil)	88410	Bad Wurzach
35	260820079	Klinik Dr. Dengler	76530	Baden-Baden
36	269724048	Rehabilitationsklinik Höhenblick	76530	Baden-Baden
37	510830732	Reha-Klinik Hausbaden	79410	Badenweiler
38	510824186	Waldklinik Dobel	75335	Dobel
39	269724071	Rehaklinik Sonnhalde	78166	Donaueschingen
40	510834406	Staufenburg-Klinik	77770	Durbach
41	510831608	Mooswaldklinik GmbH	79111	Freiburg
42	260821387	Klinik Hohenfreudenstadt	72250	Freudenstadt
43	510814435	MediClin Reha-Zentrum Gernsbach	76593	Gernsbach
44	260831777	St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationsklinik GmbH & Co KG	79862	Höchenschwand
45	260831766	Fachkliniken Sonnenhof	79862	Höchenschwand
46	260841381	Argentalklinik (Waldburg-Zeil-Kliniken)	88316	Isny-Neutrauchburg
47	260831470	Vincentius-Krankenhaus	78462	Konstanz
48	510843394	Bad Sebastiansweiler	72116	Mössingen
49	269724015	Rehaklinik Klausenbach	77787	Nordrach
50	260840734	Birkle Klinik	88662	Überlingen
51	510840222	Rehabilitationskrankenhaus Ulm	89081	Ulm
52	260821490	Fachklinik Sonnenhof	72178	Waldachtal-Lützenhardt
53	260820342	Fachklinik Waldbronn	76337	Waldbronn
54	510830823	AOK-Klinik Stöckenhöfe	79299	Wittnau

Stand: 04.02.2014

AOK pro Reha
Bestens versorgt

Platz für Aufkleber
mit Patientendaten

Nachsorgeempfehlung der Rehabilitationsklinik

1. AOK-Gesundheitsangebote

Spezielles Ernährungsangebot bei (Diagnose/Risikofaktoren) _____

Spezielles Bewegungsangebot bei (Diagnose/Risikofaktoren) _____

Spezielles Entspannungsangebot bei (Diagnose/Risikofaktoren) _____

Dieses Feld bitte ausfüllen, **soweit Daten schon vorhanden und für das AOK-Ernährungsangebot erforderlich sind:**

Cholesterin _____ Blutzucker _____

oder

Triglyceride _____ HbA1 _____

Dieses Feld bitte ausfüllen, **soweit für das AOK-Bewegungsangebot erforderlich:**

Lokalisierung der Rückenbeschwerden _____

Art/Ausprägung _____

Sonstige Hinweise _____

Aus therapeutischen Gründen ist die Teilnahme eines Angehörigen angezeigt. ☐

2. Selbsthilfegruppe ☐ Für welches Krankheitsbild? _____

3. Weitere ambulante Behandlungsmaßnahmen

Diese Leistungen kann nur Ihr behandelnder Arzt nach der Rehabilitation verordnen. Soweit weitere ambulante medizinische Leistungen erforderlich sind, gehen Sie bitte auf Ihren behandelnden Arzt zu.

☐ Reha-Sport ☐ Funktionstraining

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift: Ärztin/Arzt	Unterschrift: Patientin/Patient

Mein persönlicher AOK-Reha-Begleiter

© agencyteam Hohnhäuser AOKBW-38-12005 20 06/12

Original: für den Patienten

Spezielles Angebot:
AOK-proReha nach Hüft- und Knie-TEP

Einbindung in den Vertrag nach § 140a SGB V Orthopädie

Christine Kleber-Peukert, Fachbereich Versorgungsmanagement, AOK-Hauptverwaltung
Referat Rehabilitation und Sozialer Dienst
01.01.2015

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK-proReha =

- **leitlinienorientiertes** Behandlungskonzept zur **Anschlussrehabilitation** (AR) nach Hüft- + Knie-TEP auf Basis aktueller medizinischer Forschung
- definierter Pool aus Therapiebausteinen, die vom behandelnden Reha-Arzt **patientenindividuell** zusammengestellt werden (Reha-Plan)
- Vertragspartner = **stationäre orthopädische Rehabilitationskliniken** (nach Bewerbungs- + Auswahlverfahren; aktuell 54 Einrichtungen) in Baden-Württemberg

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK pro Reha
Bestens versorgt

„Spezielles Angebot“ heißt:

Die TeilnahmeDer PatientInnen ist freiwillig

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK pro Reha
Bestens versorgt

Ärztliche Beratung + Information heißt:

OP Hüft-/Knie-TEP ist medizinisch angezeigt

⇨

Arzt

- Beratung zum geplanten Eingriff
- Beratung zur pot. AR

absehbar

Standardpatienten → **AOK-proReha**

Nicht-Standardpatient → **indikationsspezif. Reha**

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK pro Reha
Bestens versorgt

Standardpatient nach AOK-proReha heißt:

„StandardpatientIn“ ⇨ **PatientInnen, die keine Komplikationen, keine gravierende Komorbidität sowie keine gravierende höhergradige Pflegebedürftigkeit aufweisen.**

↑↓

AOK-proReha

„Sonstige PatientInnen“ ⇨ **Die Gruppe ist in sich inhomogen. Einerseits PatientInnen mit Komplikationen, andererseits geriatrische PatientInnen.**

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK pro Reha
Bestens versorgt

Ansatzpunkte Beratung und Information durch Ärzte:

Vor dem geplanten Eingriff

Vorteile ApR

- Qualitativ hochwertige Behandlung
- Transparenz
- Selbstbestimmung
- Professionelle Nachsorge

Nach dem geplanten Eingriff

Begleitung der Nachsorge

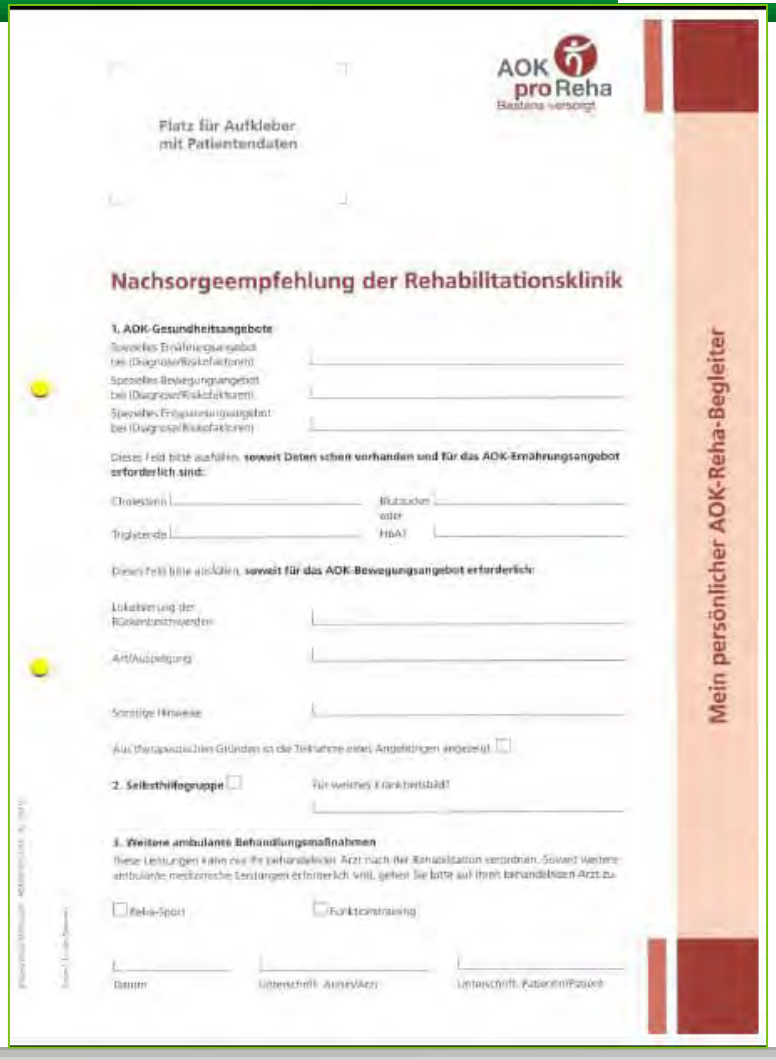
- Entlassbrief
- Nachsorgeempfehlung
- Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen

BERATUNG und MOTIVATION

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP

AOK pro Reha
Bestens versorgt

Nachsorgeempfehlung:



AOK pro Reha
Bestens versorgt

Platz für Aufkleber
mit Patientendaten

Nachsorgeempfehlung der Rehabilitationsklinik

1. AOK-Gesundheitsangebote

Spezielles Ernährungsangebot
bei (Diagnose/Risikofaktoren)

Spezielles Bewegungsangebot
bei (Diagnose/Risikofaktoren)

Spezielles Entspannungsangebot
bei (Diagnose/Risikofaktoren)

Dieses Feld bitte ausfüllen, **soweit Daten schon vorhanden und für das AOK-Ernährungsangebot erforderlich sind:**

Cholesterin | Blutzucker oder
Triglyceride | HbA1

Dieses Feld bitte ausfüllen, **soweit für das AOK-Bewegungsangebot erforderlich:**

Lokalisierung der Rückenbeschwerden

Art/Ausprägung

Sonstige Hinweise

Aus therapeutischen Gründen ist die Teilnahme eines Angehörigen angezeigt ☐

2. Selbsthilfegruppe ☐ Für welches Krankheitsbild?

3. Weitere ambulante Behandlungsmaßnahmen

Diese Leistungen kann nur Ihr behandelnder Arzt nach der Rehabilitation verordnen. Sowohl weitere ambulante medizinische Leistungen erforderlich wird, gehen Sie bitte auf Ihren behandelnden Arzt zu.

☐ Reha-Sport ☐ Funktionstraining

Datum | Unterschrift Arzt/Ärzin | Unterschrift Patient/Patientin

Mein persönlicher AOK-Reha-Begleiter

Anhang 7:

Hilfsmittel-Grundsatz

Hilfsmittelversorgung

Nach § 30 Abs.1 Bundesmantelvertrag – Ärzte ist in der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen.

Darüber hinaus ist bei der Verordnung eines Hilfsmittels die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/) zu beachten.

Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl und
- ggf. Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten,

angeben. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend.

Quellenangaben:

Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2016 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und des GKV-Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K. d. ö. R., Berlin.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011/ 15. März 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 10.04.2012 B2 in Kraft getreten am 1. April 2012 zuletzt geändert am 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.02.2017 B3, in Kraft getreten am 17. Februar 2017.

Anhang 8:

AOK-Krankenhausnavigator

AOK Die Gesundheitskasse.

QSR Qualitätssicherung mit Routinedaten

Mit QSR das geeignete Krankenhaus finden

Mehr Sicherheit bei Gelenk-Operationen

Jedes Jahr stehen Tausende von Menschen vor der Frage, in welches Krankenhaus sie für eine geplante Hüft- oder Knieoperation gehen sollen. Sie erwarten eine gute medizinische Behandlung und einwandfreie Ergebnisse nach dem Eingriff. Die Auswahl der Klinik ist nicht einfach – weder für Patienten noch für einweisende Ärzte.

Rund 400.000 Patientinnen und Patienten wurden 2020 deutschlandweit operiert, um ihre Hüft- oder Kniegelenke ersetzen zu lassen. Unterstützung bei der Wahl eines passenden Krankenhauses bietet der AOK-Krankenhausnavigator, der im Internet unter www.aok.de/krankenhaussuche aufgerufen werden kann. Das Portal bietet umfassende Informationen über die Behandlungsqualität von Kliniken. Diese Informationen beruhen unter anderem auf dem QSR-Verfahren. Damit bietet die AOK Menschen, die eine Operation vor sich haben, eine einzigartige Vergleichsmöglichkeit für die Behandlungsqualität von Kliniken bei bestimmten Eingriffen. QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Mit den QSR-Daten möchten wir sowohl Patienten als auch Ärzten bei der Klinikwahl helfen. Die Qualität steht dabei im Mittelpunkt.

Überblick bis zu einem Jahr nach der stationären Behandlung

Das Besondere an QSR ist, dass hier alle Krankenhausbehandlungen von Patienten bis zu einem Jahr nach dem ersten Eingriff berücksichtigt werden. Ein Vergleich des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, dass es zum

Johannes Bauernfeind
Vorstandsvorsitzender
AOK Baden-Württemberg

STATEMENT

Qualitätsunterschiede sichtbar machen

Unter www.aok.de/krankenhaussuche erhalten die Versicherten eine valide Entscheidungshilfe. Sie können sich selbst ein Bild über die Qualität machen, indem klar zu erkennen ist, welche Komplikationsrate die ausgewählte Klinik bei der jeweiligen Indikation aufweist. Hier wird die unterschiedliche Behandlungsqualität von Kliniken bei Hüft- und Knie-Operationen sowie weiteren Behandlungen für Patienten und einweisende Ärzte sichtbar.

Beispiel bei planbaren Hüftgelenkersatz-OPs in einem Viertel der Krankenhäuser bei weniger als 4,0 Prozent der Patientinnen und Patienten zu einer Komplikation kommt, während es im Viertel mit den höchsten Komplikationsraten mindestens 8,0 Prozent sind. Zur Berechnung der Qualitätsindikatoren werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten verwendet. Solche Routinedaten übermitteln Krankenhäuser automatisch an Krankenkassen, um eine Behandlung in Rechnung zu stellen.

Ein Teil dieser Daten wird für bestimmte Krankheitsbilder in anonymisierter Form statistisch ausgewertet. Art und Anzahl der aufgetretenen Komplikationen während und nach dem Krankenhausaufenthalt werden analysiert. Zudem sorgt ein aufwendiges statistisches Verfahren für einen fairen Krankenhausvergleich.

Die QSR-Indikatoren werden kontinuierlich weiterentwickelt und für den Bereich Gelenkersatz auch vom Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) empfohlen. Die QSR-Indikatoren bilden laut AQUA wichtige Aspekte der Patientensicherheit ab.

Die Ergebnisse der Kliniken werden seit 2010 im AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht.

Qualität messbar gemacht

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) ist ein Verfahren, mit dem Versorgungsqualität von Krankenhäusern messbar gemacht wird, ohne mehr Dokumentationsaufwand für Ärzte und Pflegepersonal zu erzeugen.

Basis der QSR-Qualitätsmessung sind Daten von AOK-Versicherten, die Kliniken zur Abrechnung an die AOK schicken. Dazu gehören Angaben über Erkrankungen und Eingriffe, Liegezeiten, Verlegungen und abgerechnete Krankenhausentgelte stationärer Behandlungen gemäß § 301 SGB V. Die Erkrankungen sind mittels ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) und alle Eingriffe mittels OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) kodiert.

Datenschutz gewährleistet

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) analysiert die Daten fallübergreifend und in Verbindung mit weiteren administrativen Versichertendaten der Krankenkasse – wie etwa dem Alter und Geschlecht der Patienten, dem Versichertenstatus und dem Überlebensstatus. Dabei werden alle Daten so verschlüsselt, dass verschiedene Behandlungsereignisse einem Patienten zugeordnet werden können. Die Identität des Patienten ist allerdings weder bekannt noch ermittelbar.

Die Betrachtung des individuellen Behandlungsverlaufs ermöglicht es, Qualitätsindikatoren auch jenseits des Krankenhausaufenthaltes zu ermitteln. Dazu zählen zum Beispiel Revisionen und komplikationsbedingte Wiederaufnahmen nach 90 Tagen oder bis zu einem Jahr. Zudem werden Patienten mit einem ähnlichen Eingriff in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren vorher zur besseren Vergleichbarkeit aus der Analyse ausgeschlossen. Ebenso werden Patienten ausgeschlossen, die nicht während der gesamten Nachbeobachtungszeit AOK-Mitglied waren, da für diese Patienten mit den AOK-Routinedaten nicht sicher festgestellt werden kann, ob eine späte Komplikation stattgefunden hat. Mit den Langzeitindikatoren geht das QSR-Verfahren deutlich über die Anforderungen der gesetzlichen Qualitätssicherung hinaus, deren Blickwinkel bislang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus endet. Dabei zeigt QSR, dass je nach Eingriff ein bis zwei Drittel aller Komplikationen erst nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus auftreten.

Indikatoren und Gesamtbewertung

Die QSR-Indikatoren orientieren sich an Leistungsbereichen. Gemeinsam mit Experten außerhalb der AOK werden die Qualitätsindikatoren ausgewählt und entwickelt. Diese nehmen Komplikationen in den Blick wie

- Revisionen oder Reoperationen
- spezifische Wiederaufnahmen
- potenzielle Komplikationen im stationären Aufenthalt
- Sterbefall im Krankenhaus oder nach Entlassung.

Die Indikatoren werden in jeweils relevanten Zeiträumen ermittelt: vom Erstaufenthalt bis zu maximal einem Jahr danach. Sie werden für all jene Kliniken berechnet, die in einem Zeitraum von drei bzw. fünf Jahren mindestens 30 AOK-Versicherte im jeweiligen Leistungsbereich behandelt haben.

Zur sicheren Bewertung bei geringer Häufigkeit von Komplikationen und für eine bessere Übersicht werden die Indikatoren zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst.

Risikoadjustierter Vergleich

Um Unterschiede in Alter und Krankheitsschwere der Patienten der einzelnen Kliniken auch in der Qualitätsbewertung zu berücksichtigen, werden die Qualitätsindikatoren im QSR-Verfahren risikoad-

justiert. Dazu werden standardisierte Mortalitäts- beziehungsweise Morbiditätsratios (SMR) als Verhältnis von beobachteten zu erwarteten Ereignissen berechnet.

Alle SMR-Werte werden mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) ausgewiesen. Die erwarteten SMR-Werte werden mit Hilfe logistischer Regressionsmodelle berechnet. Die Risikoadjustierung umfasst neben Alter und Geschlecht der Patienten insgesamt 30 relevante Begleiterkrankungen sowie leistungsbereichsabhängig weitere Faktoren. Es werden nur solche Begleiterkrankungen zur Risikoadjustierung verwendet, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme bestanden. Jeder Indikator wird gesondert risikoadjustiert.

Bewertung in drei Kategorien

Für die öffentliche Berichterstattung im AOK-Gesundheitsnavigator wurden Symbole entwickelt, die einen schnellen Überblick über die Bewertung von Leistungsbereichen einer einzelnen Klinik im Vergleich zu anderen Kliniken ermöglichen. Die Vergabe der Symbole erfolgt anhand des 95 %-KI der SMR-Werte. Dadurch ist gewährleistet, dass neben der eigentlichen SMR-Kennzahl auch die Sicherheit der statistischen Aussage berücksichtigt wird.

Die 20 Prozent der Krankenhäuser mit den niedrigsten KI-Obergrenzen erhalten drei Lebensbäume beziehungsweise ein Plussymbol. Diese Kliniken gehören mit hoher Wahrscheinlichkeit zu denjenigen Häusern, die in dem betreffenden Leistungsbereich überdurchschnittliche Qualität erbringen. Die 20 Prozent mit den höchsten KI-Untergrenzen sind die Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen. Sie werden mit einem Lebensbaum beziehungsweise einem Minussymbol bewertet. Alle übrigen Krankenhäuser, die im Bereich durchschnittlicher Qualität liegen, erhalten bei der Gesamtbewertung zwei Lebensbäume beziehungsweise ein Indikatorsymbol in Kreisform.

Kliniken mit weniger als fünf Ereignissen pro Indikator, die auf der Grundlage des 95%-KI des SMR-Wertes als unterdurchschnittlich eingestuft würden, werden im AOK-Gesundheitsnavigator als „durchschnittlich“, das heißt mit einem Indikatorsymbol in Kreisform bewertet. So wird verhindert, dass Krankenhäuser wegen zufälliger Ereignisse eine unterdurchschnittliche Bewertung erhalten. Die Gesamtbewertung ist die Bewertung des Gesamtindikators. Für diesen wird analog verfahren. Im Gesamtindikator werden die Komplikationen beziehungsweise unerwünschte Folgeereignisse aus den Einzelindikatoren gemeinsam berücksichtigt, wodurch sich die statistische Aussagekraft erhöht.

Wissenschaftlicher Beirat

Bei der Ausweitung des QSR-Verfahrens setzt das WIdO auf die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachleuten. So unterstützt ein wissenschaftlicher Beirat die Weiterentwicklung des Verfahrens und berät zudem bei der Auswahl der zu untersuchenden Leistungsbereiche, auch im Hinblick auf deren Eignung für die öffentliche Berichterstattung. Weiterhin sollen seine Mitglieder die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Wissenschaft und mit Akteuren der Qualitätssicherung fördern. Er ist mit Personen aus Wissenschaft, Praxis und Patientenvertretern besetzt.

Expertenpanels

Bei der Entwicklung des QSR-Verfahrens sind Expertenpanels eingebunden. Fachleute des entsprechenden medizinischen Fachgebiets geben Empfehlungen für die Definition eines Leistungsbereichs ab und beraten bei Auswahl und Bewertung der Qualitätsindikatoren sowie der Risikoadjustierung. Kriterien sind dabei Relevanz, Praktikabilität und Eignung für die öffentliche Berichterstattung. Die Definition der Leistungsbereiche und Indikatoren wird durch die Expertenpanels festgelegt. Die einzelnen Panels orientieren sich an den medizinischen Fachdisziplinen und bestehen aus Ärzten und Praktikern mit besonderer Expertise in den zugehörigen Leistungsbereichen sowie aus Qualitätsexperten, Epidemiologen und Statistikern aus dem WIdO, dem AOK-Bundesverband und externen Einrichtungen und Institutionen.

Derzeit existieren Expertenpanels für die Fachbereiche Bauchchirurgie, Endokrine Chirurgie, Geburtshilfe/Neonatologie, Kardiologie/Herzchirurgie, Herzklappentherapie, HNO, Orthopädie und Unfallchirurgie (Endoprothetik), Orthopädie und Unfallchirurgie (Frakturversorgung) und Urologie.

Die Lebensbaum-Symbole zeigen die Qualität an:

Gesamtbewertung:

- Überdurchschnittliche Qualität (d. h., eine Klinik gehört zu den 20 % der Kliniken mit einer geringen Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Ereignisse)
- Durchschnittliche Qualität (d. h., eine Klinik gehört zu den 60 % der Kliniken mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Ereignisse)
- Unterdurchschnittliche Qualität (d. h., eine Klinik gehört zu den 20 % der Kliniken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Ereignisse)

Je QSR-Qualitätsindikator: + bessere, ◎ durchschnittliche, − schlechtere Qualität

Künstliches Hüftgelenk (Arthrose)

Qualitätsindikatoren

■ **Gesamtbewertung (Lebensbäume)**
Die einzelnen Indikatoren werden zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst. Je nach der Gesamtqualität der Behandlung eines Krankheitsbildes erhält ein Krankenhaus ein, zwei oder drei Lebensbaumsymbole.

■ **Ungeplante Folgeoperation bis zu 365 Tagen nach dem Eingriff**
Wenn sich nach der Operation das Operationsgebiet entzündet oder sich die Prothese lockert, kann unter Umständen eine erneute Operation notwendig sein.

■ **Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 beziehungsweise 365 Tagen nach dem Eingriff**
Zu chirurgischen Komplikationen zählen unter anderem Infektionen durch die Prothese, Verletzungen von Blutgefäßen sowie das Lockern des künstlichen Gelenks.

■ **Hüftgelenksnaher Oberschenkelbruch innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff**
Brüche des Oberschenkelknochens nach der Operation beeinträchtigen den Heilungsprozess. Im schlimmsten Fall können sie dazu führen, dass die Prothese sich lockert und ein erneuter Eingriff notwendig wird.

■ **Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff**
Beim geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks ist es höchst selten, dass Patienten an den Folgen der Operation sterben. Dennoch können Komplikationen in seltenen Einzelfällen zum Tod führen.

Künstliches Kniegelenk (Arthrose)

Qualitätsindikatoren

■ **Gesamtbewertung (Lebensbäume)**
Die einzelnen Indikatoren werden zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst. Je nach der Gesamtqualität der Behandlung eines Krankheitsbildes erhält ein Krankenhaus ein, zwei oder drei Lebensbaumsymbole.

■ **Ungeplante Folgeoperation bis zu 365 Tagen nach dem Eingriff**
Wenn sich nach der Operation das Operationsgebiet entzündet oder sich die Prothese lockert, kann unter Umständen eine erneute Operation notwendig sein.

■ **Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 beziehungsweise 365 Tagen nach dem Eingriff**
Zu chirurgischen Komplikationen zählen unter anderem Infektionen durch die Prothese, Verletzungen von Blutgefäßen, das Aufreißen der Operationswunde sowie das Lockern des künstlichen Gelenks.

■ **Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff**
Beim geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks ist es höchst selten, dass Patienten an den Folgen der Operation sterben. Dennoch können Komplikationen in seltenen Einzelfällen zum Tod führen.

Knieprothesenwechsel (nicht bei Knochenbruch oder Infektion)

Qualitätsindikatoren

Künstliche Gelenke helfen Menschen, länger schmerzfrei mobil zu bleiben. Aber Kunstgelenke nutzen sich ab. Früher oder später lockert sich die Prothese und verliert ihren festen Halt im Knochen. Bei Belastung sind Schmerzen die Folge. Ein operativer Wechsel der Knieprothese ist dann erforderlich. Dabei wird die Prothese komplett oder nur in Teilen ausgetauscht. Da die Haltbarkeit der Prothesen in den letzten Jahren zugenommen hat, ist dies in der Regel erst nach 15 oder mehr Jahren notwendig.

■ **Gesamtbewertung (Lebensbäume)**
Die einzelnen Indikatoren werden zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst.
Je nach der Gesamtqualität der Behandlung eines Krankheitsbildes erhält ein Krankenhaus ein, zwei oder drei Lebensbaumsymbole.

■ **Ungeplante Folgeoperation bis zu 365 Tagen nach dem Eingriff**
Wenn sich nach der Wechseloperation das Operationsgebiet entzündet oder die Prothese lockert, kann unter Umständen ein erneuter Eingriff notwendig sein.

■ **Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff**
Bei dem geplanten Wechsel eines künstlichen Kniegelenks ist es höchst selten, dass Patienten an den Folgen der Operation sterben. Dennoch können Komplikationen in seltenen Einzelfällen zum Tod führen.

Hüftprothesenwechsel (nicht bei Knochenbruch oder Infektion)

Qualitätsindikatoren

Künstliche Gelenke helfen Menschen, länger schmerzfrei mobil zu bleiben. Aber Kunstgelenke nutzen sich ab. Früher oder später lockert sich die Prothese und verliert ihren festen Halt im Knochen. Bei Belastung sind Schmerzen in der Leiste und im Oberschenkel die Folge. Ein operativer Wechsel der Hüftprothese ist dann erforderlich. Dabei wird die Prothese komplett oder nur in Teilen ausgetauscht. Da die Haltbarkeit der Prothesen in den letzten Jahren zugenommen hat, ist dies in der Regel erst nach 15 oder mehr Jahren notwendig.

■ **Gesamtbewertung (Lebensbäume)**
Die einzelnen Indikatoren werden zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst. Je nach der Gesamtqualität der Behandlung eines Krankheitsbildes erhält ein Krankenhaus ein, zwei oder drei Lebensbaumsymbole.

■ **Ungeplante Folgeoperation bis zu 365 Tagen nach dem Eingriff**
Wenn sich nach der Wechseloperation das Operationsgebiet entzündet oder die Prothese lockert, kann unter Umständen ein erneuter Eingriff notwendig sein.

■ **Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff**
Bei dem geplanten Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks ist es höchst selten, dass Patienten an den Folgen der Operation sterben. Dennoch können Komplikationen in seltenen Einzelfällen zum Tod führen.

Unterschiede werden sichtbar:

Deutlich erhöhte Raten für das Viertel der Kliniken mit den meisten Komplikationen gegenüber dem Viertel mit den geringsten Komplikationsraten (Verdopplung).Diese großen Unterschiede sind seit Jahren konstant sichtbar.

Komplikationsraten

	Perzentil		
	25.	50.	75.
Künstliches Hüftgelenk (Arthrose)	4,0%	5,8%	8,0%
Künstliches Kniegelenk (Arthrose)	3,0%	4,4%	6,4%
Hüftprothesenwechsel	10,6%	14,6%	20,0%
Knieprothesenwechsel	4,6%	7,8%	11,4%

Transparentes Verfahren:

Indikatorenhandbuch, Risikoadjustierung, Bundeswerte, die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats und der Expertenpanels und viele weitere Details findet man unter:

www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de

Lesetipps

Qualitätssicherung mit Routinedaten bei Cholelithiasis – Veränderungen und aktueller Stand
E. Jeschke, C. Günster, C. Fahlenbrach, G. Heller, M. Maneck, H.-J. Meyer, U. Rolle, E. Schuler, B. Waibel, C.-D. Heidecke (2019) in: Zentralblatt für Chirurgie; 144(3): 264-272

QSR-Indikatoren für den aseptischen Hüftprothesenwechsel
E. Jeschke, C. Günster (2018) in: Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten; 8(5): 30-33

Follow-Up-Qualitätsindikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz
E. Jeschke (2017) in: F. Dormann, J. Klauber (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2017; Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 101-116

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR): Follow-up in der Qualitätsmessung – Eine Analyse fallübergreifender Behandlungsverläufe
E. Jeschke, C. Günster, J. Klauber (2015) in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen; 109(9–10): 673–681

Komplikationen und Folgeeingriffe nach koronaren Prozeduren in der klinischen Routine. Eine Ein-Jahres-Follow-up-Analyse auf der Grundlage von AOK-Routinedaten
E. Jeschke, H.T. Baberg, P. Dirschedl, K. Heyde, B. Levenson, J. Malzahn, T. Mansky, M. Möckel, C. Günster (2013) in: Deutsche Medizinische Wochenschrift; 138(12): 570–575

Links

- www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de
- www.aok.de/Krankenhaussuche
- www.wido.de

Kontakt

QSR-Verfahren@wido.bv.aok.de

Impressum Herausgeber und verantwortlich: AOK Baden-Württemberg, Vorstandsvorsitzender: Johannes Bauernfeind
Konzeption und Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Stand: Januar 2022

Anhang 9:

Heilmittelversorgung

Heilmittelversorgung

Nach § 30 Abs.1 Bundesmantelvertrag – Ärzte ist in der Verordnung das Heilmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen.

Darüber hinaus ist bei der Verordnung von Heilmitteln die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/) zu beachten.

Die Heilmittel-Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich.

Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenkasse haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führe würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin prüfen, ob das angestrebte Therapieziel im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots z. B. auch

- durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms)
- durch eine Hilfsmittelversorgung

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Dabei gelten die Grundsätze des Regelfalls, wobei die Verordnungsmenge in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen ist, das mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

Die Auswahl und die Anwendung (insbesondere Einheiten pro Verordnung, Gesamtverordnungsmenge, Empfehlung zur Behandlungsfrequenz) des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.

Sofern Einzeltherapie nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.

Die Verordnung von Heilmitteln erfolgt ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden.

Quellenangabe:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.11.2017 B1, in Kraft getreten am 1. Januar 2018

Anhang 10:

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist perspektivisch Teil eines Langzeitmanagements von chronisch erkrankten Versicherten mit dem Ziel der Verbesserung, mindestens aber Stabilisierung (Verhinderung einer Verschlechterung) des gesundheitlichen Status quo.

Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation ist eine erfolglos durchgeführte ambulante Kuration (Fachärztliche Behandlung, Medikation und ambulante Heilmittel-therapie). Das Prinzip ambulant vor stationär ist zu beachten, insbesondere für orthopädische Indikationen existiert in Baden-Württemberg eine hervorragend Struktur ambulanter Rehabilitationszentren (http://www.rehakliniken.de/ambulanterehakliniken/index).

Rehabilitationsträger

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind vorrangig für Beschäftigte oder im Erwerbsleben stehender zuständig. In diesen Fällen sind die Antragsformulare des zuständigen Rentenversicherungsträger zu verwenden.

Link:
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_antraege/01_versicherte/03_reha/_DRVBW_Paket_MedizinischeReha.html

Festlegung der Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen und ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein/e Versicherte/r, wenn sie/er aufgrund ihrer/seiner somatischen (körperlichen) und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt. Dies bedeutet, dass die/der Versicherte in der Lage sein muss mehrmals täglich aktiv an Therapien, die mindestens 30 Minuten dauern, teilzunehmen.

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Quellenangabe:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16. März 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 S. 6769, in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert am 22. Januar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S 2131, in Kraft getreten am 19. Juni 2009.

Anhang 11:

Richtige Kodierung
Internistische Rheumatologie

Anhang Kodierung Internistische Rheumatologie

Die entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises bedürfen einer umfassenden klinischen Diagnostik und damit Diagnosestellung/Kodierung erstmalig und im Verlauf.

Die vielfältigen Krankheitskonstellationen auch hinsichtlich extraartikulärer Organmanifestation und entsprechender Komorbiditäten sind sowohl für die nicht-medikamentöse als auch die medikamentöse Therapie für die Indikationsstellungen entsprechender Maßnahmen und die interdisziplinäre Versorgung korrekt, spezifisch und umfassend abzubilden. Eine hohe Diagnosequalität ist zudem Vorraussetzung für eine Evaluation des Vertragsmoduls z.B. mittels Charlson-Komorbiditätsindex.

I. Kodierung chronisch-entzündlicher Systemerkrankungen in wesentlichen Schwerpunkten (kein Anspruch auf Vollständigkeit für alle Krankheitskonstellationen)

1. Rheumatoide Arthritis (RA):

Das DIMDI www.dimdi.de (Zugriff Mai 2016) führt die im deutschsprachigen Raum geführte „rheumatoide Arthritis“ unter dem Begriff „chronische Polyarthritis“ mit den Codes

M05.- Seropositive chronische Polyarthritis und *M06.- Sonstige chronische. Polyarthritis* auf:

Mit der 4. Stelle des ICD-Codes werden die Manifestationen der chronischen Polyarthritis näher beschrieben:

M05.0-	Felty-Syndrom		M06.0-	Seronegative chronische Polyarthritis
M05.1-	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis(J99.0*)		M06.1-	Adulte Form der Still-Krankheit
M05.2-	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis		M06.2-	Bursitis bei chronischer Polyarthritis
M05.3-	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme		M06.3-	Rheumaknoten
M05.8-	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis		M06.4-	Entzündliche Polyarthropathie
			M06.8-	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis

Die 5. Stelle kodiert die betroffenen Gelenke.

Arthritis bei Kindern mit Beginn vor Vollendung des 15. Lebensjahres mit einer Dauer von mehr als 3 Monaten ist mit *M08.- Juvenile Arthritis* zu verschlüsseln.
Auch hier gibt die 4. Stelle eine Spezifizierung an und die 5. Stelle markiert die betroffenen Gelenke.

2. Arthritis bei Psoriasis und chron. entzündlichen Darmerkrankungen

Handelt es sich um eine Arthritis die im Zusammenhang mit einer Psoriasis (Schuppenflechte) oder einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung steht (Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa), ist die Arthritis mit einem ICD-Code aus *M07.- Arthritis psoriatica und*

Arthritiden bei gastrointestinalen Grunderkrankungen bzw. *M09.- Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* anzugeben. Auch hier markiert die 5. Stelle die betroffenen Gelenke.

3. Spondylitits ankylosans (Morbus Bechterew)

Das DIMDI führt den Morbus Bechterew unter dem Begriff „Spondylitis ankylosans“ mit dem Code *M45.0- Spondylitis ankylosans* auf. Die 5. Stelle gibt die betroffene Region der Wirbelsäule an. So wäre z.B. der häufig betroffene Lumbosakralbereich mit *M45.06 Sondylitis ankylosans Lumbosakralbereich* zu kodieren. Sind mehrere Abschnitte der Wirbelsäule betroffen, wird dies in der 5. Stelle mit „0“ angegeben.

4. Kollagenosen und Vaskulitiden

Die Gruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden wird vom DIMDI www.dimdi.de (Zugriff Mai 2016) unter *M30-M36 Systemkrankheiten des Bindegewebes* aufgeführt.

Hierzu einige Beispiele:

M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände		M34.-	Systemische Sklerose
u.a.	M30.0 Panarteriitis nodosa		u.a.	M34.0 Progressive systemische Sklerose
	M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung			M34.1 CR(E)ST-Syndrom
M31.-	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien		M35.-	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
u.a.	M31.1 Thrombotische Mikroangiopathie		u.a.	M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
	M31.3 Wegener-Granulomatose			M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
	M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica			M35.3 Polymyalgia rheumatica
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes **		M36.-	Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
u.a.	M32.0 Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes		u.a.	M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen(C00-D48+)
	M32.1 Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen			M36.2* Arthropathia haemophilica(D66-D68+)
M33.-	Dermatomyositis-Polymyositis			

** Handelt es sich und eine reine kutane Erkrankung werden Diagnosen aus dem L-Kapitel gewählt. Zum Beispiel *L93.0 Diskoider Lupus erythematodes* oder *L94.0 Sclerodermia circumscripta*

Wird bei einem Patienten ein Lupus Antikoagulans nachgewiesen, ohne dass ein systemischer oder kutaner Lupus vorliegt, ist dies mit der Diagnose *D68.6 Sonstige Thrombophilie* zu kodieren. Hierunter fällt auch das Antiphospholipidsyndrom.

Kann im Verlauf der Untersuchung eines Patienten mit Verdacht auf eine entzündliche rheumatische Grunderkrankung die Erkrankung ausgeschlossen werden, so ist die Diagnose mit dem Zusatz „A“ zu kodieren. Die vermutete oder ggf. bereits gesicherte Differentialdiagnose, z.B. Arthrose, wird mit „V“ oder „G“ dokumentiert und ist zur weiteren Behandlung/Abklärung an den Hausarzt zu übermittlen.

II. Kodierung von Folge-/ und Begleiterkrankungen

Da es sich bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatoiden Formenkreises um Erkrankungen handelt, bei denen einzelne oder mehrere Organsysteme betroffen sein können, sind diese Organsysteme in Form zusätzlicher ICD Codes anzugeben. Nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht der häufigsten Diagnosen, die hier in Frage kommen können.

Organ-system	Veränderung	Kodierung
Niere	Lupus nephritis - Glomerulonephritis	N08.5* Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes**
	Tubulointerstitielle Nephritis	N16.4* Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes**
	Chronische Nierenkrankheit	N18.- Chronische Nierenkrankheit
Herz	Perikarditis	I32.8* Perikarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
	Myokarditis /Myokardfibrose	I51.4 Myokarditis, nicht näher bezeichnet
	Endokarditis	I39.8* Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet
	Herklappen-beteiligung	u.a. I39.1* Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Lunge	Pneumonitis	J99.0* Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthritis (M05.1-+)
	Lupus-Pneumonitis	J99.1* Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten
	Pleuraerguss	J91* Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	Diffuse Lungenfibrose	J84.1 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
	Pleuritis	R09.1 Pleuritis
Nerven	Karpaltunnel-Syndrom	G56.0 Karpaltunnel-Syndrom
	Polyneuropathie	G63.5* Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes(M30-M35+)

	Zerebrale Arteriitis	I68.2* Zerebrale Arteriitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
	Demenz	F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
	Depression	F32.- Depressive Episode
	Myelopathie	G99.2* Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Auge	Keratoconjunc-tivitis sicca	H19.3* Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
	Uveitis	H20.-Iridozyklitis
Muskel	Myositis	z.b. M60.80 Sonstige Myositis: Mehrere Lokalisationen
	Myopathie	G73.7* Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
Blut	Hämolytische Anämie	D59.1 Sonstige autoimmunhämolytische Anämien
	Leukopenie	D70.- Agranulozytose und Neutropenie
Darm	Morbus Crohn	K50.-Crohn-Krankheit
	Colitis Ulcerosa	K51.- Kolitis ulcerosa
	Divertikulitis	K57.-Divertikulose des Darmes

**Das Ausmaß der chronischen Nierenkrankheit sollte mit einem ICD Code aus *N18.-chronische Nierenkrankhei*t angegeben werden. Die Einteilung der 4. Stelle erfolgt nach der Glomerulären filtrationsrate (GFR). Z.B. *N18.3 chronische Nierenkrankheit Stadium 3* (GFR 30 bis unter 60 ml/min/1,73 m²Körperoberfläche)

Multimorbidität rheumatischer Patienten

Herz & Kreislauf

Herzinsuffzienz I50.01/19/9
Essentielle Hypertonie I10.90
Alter Myokardinfarkt I25.2-
Chronische ischämische Herzkrankheit I25.9
Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten I39.-
Kardiomyopathien I42.0/8/9, I43.0/8
Raynaud-Syndrom I73.0

Endokrines System

Diabetes mellitus, Typ 1 E10.-
Diabetes mellitus, Typ 2 E11.-
Sonstiger Hypoparathyreoidismus E20.8
Hyperparathyreoidismus E21.3
Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom E24.2
Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffzienz E27.3
Endokrine oder Stoffwechselstörung nach medizinischen Maßnahmen E89.9

Neubildungen

Bösartige Neubildung des Kolons C18.-
Melanom der Haut C43.-
Sonstige bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes C96.-
Mammakarzinom in der Eigenanamnese Z85.3

Lunge

Lungenembolie I26.-
Sonstige pulmonale Herzkrankheiten I27.-
COPD J44.-
Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten J84.-
Krankheiten der Atemwege bei anderenorts klassifizierten Krankheiten J99.0/1/8

Blutbild

Erworbene hämolytische Anämien D59.0/1/2/3/4
Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie D61.1-
Anämie bei sonstigen chronischen Krankheiten D63.8
Sonstige näher bezeichnete Anämien D64.8
Thrombophilien und Koagulopathien D68.6/8/9
Thrombozytopenie, hämorrhagische Diathesen D69.3/4-/52/59/7/8/9
Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie D70.18/19

Gastrointestinaltrakt

Lebersklerose, -Fibrose, -Zirrhose K74.-
Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet K76.9
Chronische Virushepatitis B18.-
Crohn-Krankheit K50.-
Colitis ulcerosa K51.-

Sonstiges

Adipositas, BMI > 35 und < 40 bzw. >40 E66.91/92
Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren O99.8
Polyneuropathie G62.0/80/81/9, G63.5/6

Niere

Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen Krankheiten N08.5/8
Nephropathie N14.0/1
Tubulointerstitielle Nierenkrankheit N15.9, N16.4
Chronische Niereninsuffizienz N18.1/2/3/4/5
Niereninsuffizienz N19
Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz Z99.2

Psyche

Depressive Episode F32.- (exkl. .0)
Rezidivierende depressive Episode F33.- (exkl. .0)
Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41
Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom F62.8

Muskeln & Skelett

Eitrige Arthritis M00.-
Arthrose M15.0/1/2/3, M16.1/6/9, M17.1/5/9, M18.9
Wirbelsäulenosteomyelitis M46.2-
Diszitis M46.4-
Spinalkanalstenose M48.0-
Fibromyalgie M79.70
Osteoporose M80.-, M81.-
Osteomalazie M83.1-/2-
Osteomyelitis M86.9

Kodierung entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen

Grunderkrankungen

Sonstige Thrombophilien D68.6
Purpura anaphylactoides D69.0
Sarkoidose D86.-
Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D89.8
Amyloidose E85.0/3
Rheumatisches Fieber ohne Herzbeteiligung I00
Psoriasis-Arthropathie L40.5
Reaktive Arthritis M02.8-/9-
Arthritis bei Lyme-Krankheit M01.2-
Seropositive chronische Polyarthritis M05.-
Sonstige chronische Polyarthritis M06.- (exkl. .3)
Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten M07.-
Juvenile Arthritis M08.-
Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten M09.-
Gicht M10.-
Sonstige Kristall-Arthropathien M11.-
Sonstige Arthropathien M12.0-/1-/3-
Sonstige Arthritis M13.0/1-/8-/9-
Arthropathien bei sonstigen Krankheiten M14.-
Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände M30.0/1/2/3
sonst nek. Vaskulopath. M31.0/3/4/5/6/7/8 (Riesenzellarteriitis M31.5)
Systemischer Lupus erythematodes M32.-
Dermatomyositis-Polymyositis M33.-
Systemische Sklerose M34.0/1/2/9
sonst. Kr. mit Systembet. M35.0/1/2/3/4/6/9 (Polymyalgia rheumat. M35.3)
Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten M36.-
Spondylitis ankylosans M45.-
Sonstige entzündliche Spondylopathien M46.0-/1/9-
Osteomyelitis M86.3-
Panchondritis M94.1

Allgemeines

Behandlungsdiagnosen sind alle Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal Versorgungsleistungen erbracht worden sind.

Der Begriff Leistungen umfasst diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die von der Untersuchung über die Verordnung einer diagnosespezifischen Therapie bis zum telefonischen Beratungsgespräch reichen.

Chronische Erkrankungen können als Dauerdiagnose hinterlegt werden, wenn Leistungen erbracht worden sind, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Behandlungsdiagnose stehen.

Die Verordnung von Medikamenten oder Heil-/Hilfsmitteln ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall rechtfertigt die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose.

Alle Diagnosen sind so spezifisch wie möglich zu kodieren.

Die Kodierung ist dem Verlauf und Schweregrad der Erkrankung anzupassen.

Sonstiges

Schwangerschaft:
Überwachung einer normalen Schwangerschaft Z34
Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften Z35.8
Schwangerschaftsdauer O09.-!

Erhöhte Leberwerte:
Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH] R74.0
Sonstige abnorme Serumenzymwerte R74.8

Anhang 12:

Medikamentöse Beratung
Internistische Rheumatologie

Medikamentöse Beratung

Ziele der Therapie sind Besserung der Symptome, klinische Remission und die Hemmung der radiologischen Progression unter Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren.
(Herold Innere Medizin 2018).

Zu unterscheiden ist zwischen einer medikamentösen krankheitsmodifizierenden Therapie und einer medikamentösen symptomatischen Therapie (akute Beschwerden).

Im Beratungsgespräch zur partizipativen Therapieentscheidung sollten auch im Sinne einer höchst möglichen Adhärenz stets die aktuelle Evidenz und patientenindividuelle Aspekte zur Wirksamkeit und Sicherheit beachtet werden.

Als Standardtherapie der Rheumatoiden Arthritis wird auf die aktuellen deutschen und internationalen Leitlinien verwiesen, deren Empfehlungen einer systematischen Überprüfung der Evidenz zugrunde liegen.*

I. Beratung zur medikamentösen symptomatischen Therapie (akute Beschwerden)

1) Analgetika

NSAR

Allgemeine Informationen zur Wirkung der NSAR

Die wesentliche Wirkung von NSAR/Coxibe beruht auf der Hemmung der Cyclooxygenase (COX), sodass die über Prostaglandinbildung vermittelte Entzündung und Nozizeption gehemmt werden.

NSAR und Coxibe wirken gleichermaßen auf die COX 2

- Sie unterscheiden sich jedoch in der selektiven Hemmung der COX.
- Im Gegensatz zu den Coxiben hemmen NSAR auch die COX 1, welche im Gastrointestinaltrakt die relevanten gastrointestinalen Nebenwirkungen der NSAR auslöst (Harrisons Innere Medizin 2010).
- Der renalen Vasokonstriktion wirken lokal vermehrt gebildete vasodilatierende Prostaglandine (PG E^2) entgegen.
- Cyclooxygenasehemmer inhibieren die Prostaglandinsynthese und können eine akute Verschlechterung der Nierenfunktion mit Natriumretention, Ödemen und Hypertonie bis hin zum akuten Nierenversagen auslösen.
- Daher kann es bei bereits gesteigerter renalen Prostaglandinsynthese zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden Nierenfunktion unter NSAID/Coxibe zu einer Verschlechterung der renalen Hämodynamik kommen (Karow 2014 A).

- Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass arzneimittel-metabolisierende Enzymsysteme großen inter- und intraindividuellen Unterschieden unterliegen, sodass sog. poor metabolizer durch eine verminderte Enzymaktivität (CYP 2C9) mit deutlich verstärkten Effekten der NSAID Therapie zu rechnen haben (Karow 2014 B).

Gemäß Arzneiverordnungsreport 2017 gehören Analgetika mit 662,5 Mio. DDD, Antiphlogistika und Antirheumatika mit 1.108,6 Mio. DDD zu den 20 umsatzstärksten Arzneimittel 2016. Speziell Ibuprofen erreichte 2016 eine Anzahl von 563,1 Mio. DDD und somit ein Plus von 3,1% zum Vorjahr.

In Anbetracht einer zunehmend älteren und multimorbiden Patientenkonstellation in einer „Gesellschaft des längeren Lebens von Anfang an“ gemäß Sachverständigenratsgutachten mit wachsender Multimorbidität bedingt durch Zivilisationserkrankungen v.a. besteht der Verdacht einer zunehmenden Verordnung dieser Wirkstoffgruppe innerhalb dieser Patienten.

Gemäß FDA 2015 (Safety report NSAID) können alle NSARs, mit Ausnahme ASS, Herzinfarkte und Schlaganfälle verursachen.

- Ein erhöhtes Risiko kann bereits nach kurzzeitiger Einnahme bestehen, welche mit Dosis und Dauer der Therapie weiter zunimmt (FDA 2015).
- Eine Steigerung des Risikos um 30-50% ist möglich (Herold Innere Medizin 2018).

Daher sollte der Einsatz von NSAR so kurz und so niedrig dosiert erfolgen.
Falls der Einsatz von NSARs erforderlich erscheint, sollten nachfolgende Empfehlung beachtet werden:

<u>Gastrointestinale Risiko Faktoren:</u>

1. Ulkusanamnese
2. Alter > 60 J.
3. COX-Hemmer hochdosiert u/o langfristig
4. Steroide
5. Antikoagulantien
6. Trombozytenaggregationshemmer (v.a ASS)
7. H.pylori Infektion
8. Schwere systemische Grunderkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, entzündl. Darmerkrankung)
9. Stress
10. Ferner Alkoholkrankheit

(Karow 2018; Analgetika und Schmerztherapie)

<u>Kardiovaskuläre Risikofaktoren:</u>

Die Rheumatoide Arthritis ist ein eigenständiger kardiovaskulärer Risikofaktor, der bei Vorliegen von mindestens 2 der folgenden 3 Kriterien als 1,5-facher Multiplikator des Risiko-Scores für kardiovaskuläre Ereignisse gewertet werden muss:

1. Krankheitsdauer ≥ 10 Jahre
2. Nachweis von RF/ACPA
3. Extraartikuläre Manifestationen

(Herold Innere Medizin 2018, Rheumatoide Arthritis)

Empfehlung gemäß DGRh zum Einsatz von NSAR (vgl. Bolten 2016 und DGRh) in der Rheumatherapie

- Bei Komedikation mit ASS sollten Naproxen/Ibuprofen vorsichtshalber 2 Stunden nach ASS eingenommen werden
- Alle NSAR steigern das gastrointestinale Risiko
- Vor- und während der Verordnung von NSAR sollen das individuelle kardiovaskuläre-, das gastrointestinale-, das renale und das hepatische Risiko der Patienten berücksichtigt werden
- Kontraindikationen für NSAR sind eine bekannte (siehe Fachinfo Diclofenac) bzw. fortgeschrittene Herzinsuffizienz (NYHA II-III/IV), eine schwere Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) und ein hohes Risiko für Ulcera im Gastrointestinaltrakt (siehe Übersicht)
- Kontraindikationen für Coxibe sind KHK, pAVK und anamnestisch zerebrovaskuläre Komplikationen
- Bei indiziertem NSAR Bedarf in niedriger Dosis trotz erhöhtem kardiovaskulären Risiko sollte Ibuprofen eingesetzt werden, bei indiziertem NSAR Bedarf in hohen Dosen trotz bekanntem kardiovaskulären Risiko sollte Naproxen als Alternative in Betracht gezogen werden
- Bei erhöhtem gastrointestinalem Risiko ohne kardiovaskuläres Risiko sollte die NSAR Gabe um eine PPI-Gabe ergänzt werden
- Bei Patienten mit einer bekannten Niereninsuffizienz (30-60 ml/min) und indiziertem NSAR Bedarf sollte die Nierenfunktion mindestens alle 3 Monate kontrolliert werden
- Die Nierenfunktion sollte mind. alle 6 Monate regelmäßig überprüft werden
- Topische Anwendung von NSAID können in Einzelfällen eine Alternative zur oralen Gabe darstellen bzw. den Einsatz oraler NSAID in Ihrer Dosis reduzieren
- Nicht-medikamentöse Beratung und Therapiemethoden (vgl. nicht-medikamentöse Beratung) tragen zur Schmerzlinderung bei und sollten wann immer möglich eingesetzt werden

Medikamenteninteraktionen mit NSAR (vgl. Bolten 2016)

- Low dose ASS: Alle NSAR können das GI Blutungsrisiko steigern und Ibuprofen schwächt den kardioprotektiven Effekt von ASS ab – zeitlich versetzte Einnahme von 2 Stunden
- Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor: Alle ADP-Hemmer/P2Y12-Rezeptorantagonisten können das GI-Blutungsrisiko steigern
- Thiazid-Diuretika: Es steigt das Risiko für NSAR bedingte Nierenfunktionsstörungen und NSAR können den therapeutischen Effekt von Thiazid-Diuretika vermindern
- Schleifen-Diuretika: Es steigt das Risiko für NSAR bedingte Nierenfunktionsstörungen und können den therapeutischen Effekt von Schleifen-Diuretika vermindern

- Kombination von ACE Hemmern/Sartanen und NSAR können einen bekannten arteriellen Hypertonus verschlechtern als Triple mit Diuretika zur akuten Niereninsuffizienz führen
- Methotrexat: NSAR können den renalen Abbau von MTX vermindern, hierdurch erhöht sich das Risiko von MTX Nebenwirkungen, insbesondere auch dessen Toxizität
- Unter der gleichzeitigen Einnahme von MTX und NSAR wurden bereits Todesfälle dokumentiert, da durch einen erhöhten und verlängerten Methotrexat-Serumspiegel es zu einer schwerer hämatologischen (inklusive Myelosuppression und apalstischer Anämie) und gastrointestinaler Toxizität kam (Fachinformation MTX Schweiz)
- Chinolone: In Komedikation mit NSAR erhöht sich die Krampfneigung bei Patienten mit bekannten Epilepsie (Kontraindikation Epilepsie für vereinzelte Chinolone)
- Antidepressiva: Durch Komedikation von NSAR mit SSRI ist das Risiko für gastrointestinale Blutungen erhöht, Gefahr Serotoninsyndrom
- Orale Antikoagulanzien: In Kombination mit NSAR ergibt sich insgesamt ein erhöhtes Blutungsrisiko, da es zu einer Konzentrationserhöhung oraler Antikoagulantien (Vitamin-K-Antagonisten, Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban, Endoxaban (DOAK)) führt.

Aktuelle Informationen/Empfehlungen der „european league against rheumatism“ (EULAR, 2017) unter: http://www.eular.org/recommendations_home.cfm

Alternativen zu NSAR (vgl. u.a. Rationale Pharmakotherapie)

- Paracetamol kann in Einzelfällen zur reinen analgetischen Therapie, wenn auch ohne antiphlogistische Wirkung, wirksam eingesetzt werden (Hazlewood 2012).
- Allerdings ergeben neuere Metaanalysen (da Costa 2016), dass die Wirkung von Paracetamol individuell und ggf. nicht immer der Therapie mit Placebo in der Indikation Osteoarthritis überlegen ist.
- In angepasster Dosierung zur Leberfunktion und im Rahmen einer individuellen sorgfältigen Nutzen-Risiko Abwägung bei älteren Patienten im Vergleich zu NSAR und unter Beachtung, dass die abnehmende Leberfunktion im Alter aufgrund der therapeutischen Breite weniger ins Gewicht fällt (Wehling u Burkhardt 2016 A) und im Vergleich zur altersbedingten reduzierten Nierenfunktion, kann ein solcher Einsatz sinnvoll sein, zumal bei Mehrfachkombinationen von Medikamenten wie bei Multimorbidität mit erhöhtem Risiko von Niereninsuffizienz (Dtsch Ärztebl 2012; 109(33-34).
- Metamizol kann unter Beachtung von Nutzen-Risiken (NW: Agranulozytose, aplastische Anämie, Wechselwirkungen mit weiteren Medikamenten) für ältere Patienten bei starken Schmerzen ggf. eine Alternative darstellen, wenn Paracetamol unter einer individuellen Nutzen-Risiko Bewertung nicht als ausreichend bewertet wird (siehe aktueller Rote Hand Brief der AkdÄ 2017)
- Reine Analgetika wie Opioide oder Opiate haben nur eine marginale antiphlogistische Wirkung und beeinflussen nicht das funktionelle outcome (Furlan 2006).
  Für eine NSAR ebenbürtige Wirkung gibt es keine Evidenz.
  Sie finden daher vorwiegend bei Kontraindikationen für NSAR Verwendung. Der Einsatz von Opioiden zur Behandlung z.B. von Gelenkschmerzen geht bei älteren Menschen mit einer erhöhten Rate von Frakturen und Herzinfarkten einher, auch das

Sterberisiko kann sich erhöhen, Atemdepression kann gefördert werden u.a. (Dtsch Ärztebl Meldung 14.12.2010).
Die Inzidenzrate aus Herzinfarkt, Schlaganfall, Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz und plötzlichem Herztod beträgt bei Opioiden 122 pro 1000 Patientenjahre, 88 für Coxibe und 77 für NSARs (Meldung Dt Ärzteblatt 14.12.2010).
Es gilt insgesamt auch hier das individuelle Nutzen-Risiko, insbesondere bei älteren Patienten, in Bezug auf Abhängigkeitspotential, Förderung der Sturzgefahr (z.B. aufgrund einer induzierten Hypotension usw.), Interaktion mit weiteren Medikamenten (z.B. SSRI-> Serotoninsyndrom) und der Möglichkeit ein Delirium zu begünstigen usw., abzuwägen.
Da keineswegs jeder Patient anspricht, ist bei unzureichendem Ansprechen die Opioidgabe zu beenden (Karow 2017; LONTS S3 Leitlinie 2014).

- Es besteht in Einzelfällen die Alternative einer transdermalen Applikation von NSAR-haltigen Salben/Cremes,Gelen im Gegensatz zur oralen Gabe, um Nebenwirkungen zu reduzieren und lokal zu behandeln (Klinge 2013).

Paracetamol

Paracetamol hemmt reversibel die Cyclooxygenase und wirkt somit analgetisch und antipyretisch.
Aufgrund seiner nicht-sauren Eigenschaft reichert es sich nicht im sauren Entzündungsgewebe an, sodass aktuell keine antiphlogistische Wirkung angenommen werden kann (Karow 2014).

- Günstiges Nebenwirkungsprofil bei Beachtung der maximalen Dosis (bis zu 4g/d)
  - Selten gastrointestinale Nebenwirkungen
  - Transaminasenanstieg (0,01-0,1%)
  - Analgetika Asthma (< 0,01%)
  - Thrombopenie/Agranulozytose (<0,01%)
  - Seltene Überempfindlichkeit
- Hepato- und nephrotoxisch bei Überdosierung.
- 40% der medikamentös bedingten akuten Leberversagen in den USA sind auf die Einnahme von Paracetamol zurückzuführen (Herold Innere Medizin 2017), daher Kontraindikation bei schwerer Leberfunktionsstörung
- Kontraindikation bei Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel: hämolytische Anämie
- Gleichzeitige Einnahme von Paracetamol und Cumarine führt nach 3-4 Tagen zu einem INR Anstieg mit einem resultierend erhöhten Blutungsrisiko, da Cytochrom P450 gehemmt wird
- Aufgrund einer Enzyminduktion führt die gleichzeitige Einnahme mit Barbituraten, Carbamazepin, Phenytoin und Rifampicin oder die gleichzeitige Einnahme mit Alkohol zu einer erhöhten Hepatotoxizität bereits unter therapeutischen Dosen

Metamizol

Metamizol hemmt reversible die Cyclooxygenase.
Es besitzt eine analgetische, antipyretische, schwach antiphlogistische und spasmolytische Wirkung (Karow 2017).

- Nebenwirkungen: Überempfindlichkeitsreaktionen, Leukopenie (0,01-0,1%), Agranulozytose/Thrombopenie (< 0,01%), Exanthem (0,1-1%), anaphylaktische Reaktionen und Hypotension (0,1-1%). Aufgrund der Blutbildveränderungen sollte an eine regelmäßige Laborkontrolle unter Dauereinnahme und/oder bei Symptomen wie Heiserkeit, Angina, und Fieber gedacht werden.
- Das Risiko der anaphylaktische Reaktion und der Hypotension tritt überwiegend unter i.v. Gabe auf, sodass bei langsamer i.v. Gabe diese reduziert werden können.
- Die oftmals erwähnte Agranulozytose kann in 2 Formen unterschieden werden: Typ 1 Reaktion ist dosisunabhängig, allergisch bedingt und die Typ 2 Reaktion ist toxisch bedingt und korreliert mit Zeit und Dosis (siehe Fachinformation). Jedoch scheint das Risiko, an einer Metamizol-induzierten Agranulozytose zu versterben, kleiner zu sein als das Risiko eines kardiovaskulären Todesfalles bedingt durch ein NSAR (Liechti 2014).
- Wechselwirkung mit Antihypertensiva über die Hemmung der Prostaglandinsynthese: verminderte RR Senkung (Hinweise gemäß Rote Hand Brief Deutsche Arzneimittelkommission auch hier zu beachten www.akdae.de)

Opioide

Opioide unterscheiden sich an der unterschiedlichen Bindungsstärke an die jeweiligen Opioidrezeptoren und haben so unterschiedliche klinische Effekte.
Es wird in reine Agonisten (z.B. Morhpin, Fentanyl, Piritramid, Pethidin), gemischte Agonisten-Antagonisten, Partialagonisten und reine Antagonisten unterschieden.
Eine ebenfalls oftmals verwendete Einteilung bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen schwach wirksamen und stark wirksamen Opioiden in Abhängigkeit auf deren analgetische Potenz im Vergleich zu Morphin (Karow 2014).

Um eine möglichst hohe Therapieadhärenz unter Einsatz von Opioiden zu erreichen, ist eine ausführliche Aufklärung des Patienten unabdingbar.
Oftmals setzen Patienten die Opioide ab, da sie Nebenwirkungen erfahren, welche schon nach einer begrenzten Zeit der Adaption von alleine verschwinden, jedoch die Patienten hierüber nicht aufgeklärt wurden (z.B. Abgeschlagenheit und Übelkeit).
Ebenso können anhaltende Nebenwirkungen vorausgesehen werden (z.B. Obstipation) und mit Hilfe einer angepassten Begleitmedikation (z.B. Laxans) reduziert werden.
Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass Opioide zu den sog. „Fall-Increasing-Drugs“ gehören, welche mit einem erhöhten Risiko für Stürze, insbesondere auch bei älteren Patienten, assoziiert sind u.v.a. (Wehling und Burkhardt 2016 B).

Ausgewählte Nebenwirkungen (Gosch 2015), s.o. z.B.

- Abhängigkeitspotential
- Erhöhte Sturzgefahr

- Gemeinsame Gabe von Tramadol mit Inhibitoren der Cytochrom 2D6 (z.B. Amiodaron, Paroxetin oder Sertralin) schwächt dessen analgetische Wirkung. Ebenso Carbamazepin.
- Tramadol in Kombination mit Phenprocoumon führt zu einer Erhöhung der INR Werte.
- In einer Kombination von Opioiden mit Benzodiazepinen kann es zu einer additiven ZNS-Dämpfung kommen
- Die Kombination von Opioiden mit SSRI erhöht das Risiko für ein Serotonin-Syndrom
- Fentanyl und Buprenorphin sollten nicht gemeinsam mit Cytochrom P450 3A4 Inhibitoren gegeben werden (z.B. Clarithromycin, Verapamil, Diltiazem, Amiodaron, Erythromycin oder Itraconazol)

2) Protonenpumpenhemmern (PPI)

Die Wirkung der PPI erfolgt über eine irreversible Hemmung des Enzyms H+-K+-ATPase durch einen nicht-kompetitiven Antagonismus und somit einer Blockade der Protonensekretion.

Die Verordnungen von Protonenpumpeninhibitoren waren 2016 mehr als 22-fach höher als noch 1995 und umfassten insgesamt 3805,6 Mio. DDD (ein Plus von 4,5% zum Vorjahr) (Arzneiverordnungsreport 2017).
Seit der Ersteinführung 1989 (Omeprazol) nimmt die Verordnungshäufigkeit linear zu und dies obwohl das Spektrum der Indikationen in den letzten Jahren nicht erweitert wurde (Mössner 2016).
Allein durch die weltweite Zunahme der Inzidenz der gastroösophagealen Refluxkrankheit ist dieser Anstieg nicht zu erklären, sodass der Verdacht einer Überversorgung der Bevölkerung nahe liegt (Mössner 2016).
Ursache könnte eine kritiklose Indikationsausweitung für PPI sein. PPI sollten zeitlich begrenzt, bedarfsadaptiert, und in niedrigster effektiver Dosis eingenommen werden.
Die Indikation für PPI ist streng zu stellen und die Notwendigkeit einer Langzeiteinnahme sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden. (arznei-telegramm, a-t 2010; 41: 106-7)

Häufige Nebenwirkungen (Karow 2017)

- Gastrointestinal (1-10%): Übelkeit, Flatulenz, Diarrhoen, Obstipation
- ZNS (1-10%): Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen
- Seltener (0,1-1%): bakterielle Fehlbesiedelung, Pneumonie, Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoen, Exanthem, (Sehstörungen, Hörstörungen unter i.v. Gabe)
- Mg-Mangel
- Risiko eines Vitamin B12-Mangels bei Langzeitgabe

Interaktionen (Karow 2017)

- Verminderte Resorption aufgrund der pH-Anhebung im Magen und/oder Bindung im Gastrointestinaltrakt von: Eisensalzen, Azol-Antimykotika, Vitamin B12, Calcium (erhöhtes Frakturrisiko)
- Omeprazol und Esomeprazol hemmen Abbau (über CYP 2C19) von Diazepam, Phenytoin, Makrolide, Citalopram, Clopidogrel und trizyklischen Antidepressiva

- Omeprazol hemmt die renale Elimination von MTX, wodurch erhöhte MTX Konzentrationen entstehen können
- Pantoprazol häufig besser geeignet, da geringeres Interaktionspotenzial

➔ Gefahr eines Reboundphänomen (Gastrin Erhöhung) beim Absetzen von PPI, daher Empfehlung eines Ausschleichschemas notwendig (Reimer 2009).

II. Beratung zum Einsatz von Glukokortikoiden

Glukokortikoide sind ein unverzichtbarer Bestandteil in der Therapie entzündlich rheumatischer
Erkrankungen. Sie finden in verschiedenen Einsatzformen Verwendung (Krüger 2009).
In den aktuellen Leitlinien zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis sind Glukokortikoide weiterhin Bestandteil der Initialtherapie, allerdings sollte die Therapiedauer so kurz wie klinisch möglich sein. Glukokortikoide haben eine Vielzahl potenzieller Nebenwirkungen, für deren Auftreten und Ausprägung Dosis und Therapiedauer entscheidend sind. Im Niedrigdosisbereich ist vor allem auf Osteoporose, Hautatrophie mit Einblutungen und Katarakt zu achten.
Mit höheren Dosen steigen daneben auch das Risiko für Glaukom, kardiovaskuläre Nebenwirkungen, das Infektionsrisiko, der negative Einfluss auf den Glukosestoffwechsel sowie die Häufigkeit psychischer Nebenwirkungen.
Gastrointestinale
Nebenwirkungen sind unter Monotherapie mit Glukokortikoiden seltener zu erwarten, bei der häufig verordneten Kombination mit NSAR besteht jedoch ein deutlich erhöhtes Risiko.
Daher sollte die Therapie so kurz und niedrig dosiert wie möglich erfolgen (Krüger K 2016).
Ebenso sollte im Facharztbrief die exakte Dosierung, Dauer (ggf. bis zum Kontrolltermin) und Ausschleichzeitpunkt bzw. -schema angegeben werden.
Dies ist umso bedeutender, wenn man die Tatsache berücksichtigt, dass in der Früharthritiskohortenstudie CAPEA 47% der Patienten nach 2 Jahren weiterhin mit Glukokortikoiden behandelt wurden (Albrecht 2016)
.

Übersicht unerwünschter Nebenwirkungen von Glukokortikoiden (Liu et al. 2013)

- Maskierung, Manifestation, Exazerbation bzw. Reaktivierung von bakteriellen, viralen, Pilz- bzw. parasitären Infektionen, insbesondere mit opportunistischen Erregern
- Osteoporose, Frakturen und Osteonekrosen
- Cushing Syndrom und im Verlauf entstehende iatrogene Nebenniereninsuffizienz
- Gewichtszunahme
- Hyperglykämie und Diabetes:
  gesteigerte Insulinresistenz, Wirkung ist dosisabhängig
- Katarakt
- Glaukom:
  vor allem bei Risikopatienten mit familiäre Disposition eines Offenwinkelglaukoms, Diabetes oder rheumatoider Arthritis
- Hautatrophie
- Wundheilungsstörung
- Gastrointestinale Nebenwirkungen:

Gastritis, Ulcera, Dyspepsie. Parallele Einnahme von NSAID erhöht dieses Risiko um das vierfache

- Kardiovaskuläre Erkrankung:
  erhöhtes Risikoprofil für Herzinsuffizienz und KHK, ebenso erhöhtes Risiko für Vorhofflimmern
- Dyslipidämie:
  Hyperlipidämie ab einer Tagesdosis Prednisolon > 10mg/d
- Myopathie (Muskelschwäche und Muskelatrophie)
- Psychische und kognitive Beeinträchtigung:
  Beginn nach 1 Woche unter Glukokortikoidtherapie möglich, Risikofaktoren sind neben der Tagesdosis bzw. kumulativen Dosis eine familiäre Disposition für Depression und Alkoholkonsum

Anmerkung: Zirkadiane Therapie beachten.

Empfehlungen gemäß aktuellen EULAR Empfehlungen (Zugriff 2017)

1. Der Patient soll über die Glukokortikoidtherapie ausführlich aufgeklärt werden, um die Kompetenz des Patienten im Hinblick auf zu erwartende Nebenwirkungen zu stärken und somit dessen Adhärenz zu erhöhen.
2. Eine ausführliche Beratung des Patienten kann die Nebenwirkungen deutlich reduzieren.
3. Eine Aufklärung über wirksame Maßnahmen gegen Osteoporose und deren Frakturgefahr sowie das Einleiten präventiver Maßnahmen ist erforderlich.
4. Rechtzeitige Anpassung der Glukokortikoidtherapie bei akuter Erkrankung oder geplanter Operation, um einer akuten Nebenniereninsuffizienz vorzubeugen.
5. Hausärzte als primärer Ansprechpartner für Patienten sollen gezielt in die Therapie und Monitoring unter Glukokortikoiden mit eingebunden werden.
6. Relevante Comorbiditäten sollen vor einer Glukokortikoidtherapie identifiziert werden, um potentiellen Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.
7. Startdosis der Glukokortikoidtherapie soll an die Grunderkrankung angepasst werden, so niedrig wie möglich starten.
8. Die begonnene Glukokortikoiddosis soll regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls dem aktuellen Krankheitsverlauf angepasst werden bzw. reduziert und abgesetzt werden (Ausschleichschema)
9. Um rechtzeitig Nebenwirkungen zu erkennen bzw. vorzubeugen soll ein gezieltes Monitoring unter Glukokortikoidtherapie durchgeführt werden

III. Beratung zum Einsatz von MTX/Biological bzw. medikamentösen krankheitsmodifizierenden Therapie

Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist in den Industrienationen häufigste chronisch entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung mit einer Prävalenz von 0,5-0,8% in der erwachsenen Bevölkerung.
(Schneider M, Krüger K. 2013; Symmons DP. 2002; Robert Koch-Institut 2010)

Der Krankheitsverlauf ist individuell unterschiedlich und im Einzelfall nicht vorherzubestimmen.

Eine effektive krankheitsmodifizierende Therapie sofort nach Diagnosesicherung entscheidet über den weiteren Krankheitsverlauf, da wesentliche Gelenkschäden bereits in der Initialphase der RA eintreten (Herold Innere Medizin 2018)

MTX

Methotrexat verdrängt Dihydrofolsäure vom Enzym Dihydrofolatreduktase kompetitiv und hemmt zudem das Enzym. Da Tetrahydrofolsäure, ein Substrat der Purinnucleotidsynthese fehlt, ist die DNA-/RNA-Synthese vermindert. (Karow 2017)

Ziel der medikamentösen Beratung zu MTX ist durch eine ausführliche Aufklärung des Patienten, unter Beachtung von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit weiteren Medikamenten, der Ernährung und durch aktive Einbeziehung des Hausarztes (Empfehlung Facharztbrief) eine möglichst hohe Therapiesicherheit und Therapieadhärenz zu erzielen.
In der Therapie der rheumatoiden Arthritis kann der Einsatz von MTX durch eine Verminderung des Herzinfarktrisikos lebensverlängernd wirken (Herold Innere Medizin 2018).
Zusätzlich erfordert eine präferierte parenterale (überwiegend s.c.) Gabe von MTX eine intensive Anleitung und Beratung des Patienten.
Die parenterale Gabe wird im Gegensatz zur oralen Gabe zum Teil als etwas effektiver beschrieben (Herold Innere Medizin 2018, Wolff/Weihrauch 2017), vor allem aufgrund einer höheren Bioverfügbarkeit, eines kontinuierlicheren Wirkstoffspiegel im Blut und weniger Nebenwirkungen.
Dessen klinische Relevanz wird aktuell unterschiedlich bewertet, möglicherweise wird diese ab einer Gabe von 15mg/Woche relevant, daher finden sich in der aktuellen Empfehlung der EULAR weiterhin sowohl die orale wie auch die subcutane Gabe von MTX (Smolen et al 2017) zu Therapiebeginn wieder. Der Patient sollte daher über beide Varianten intensiv beraten werden und im Kontext einer gemeinsamen Entscheidungsfindung die Applikationsform vor Therapiebeginn und ebenfalls bei erforderlicher Therapieumstellung (ggf. Dosisreduktion) bestimmt werden.

Notwendiges Monitoring (Therapieüberwachung der DGRh oder DEGAM in der aktuellen Form):

- Differentialblutbild, GPT, gGT, GFR, vor Therapie
- Differentialblutbild, GPT, gGT, GFR, nach 2-3 Wochen
- Differentialblutbild, GPT, gGT, GFR, alle dann alle 3-4 Wochen
- Differentialblutbild, GPT, gGT, GFR ab 4. Monat quartalsweise bei komplikationslosem Verlauf

Follow up (Braun 2016):

- Nach Erstverordnung MTX mindestens einmalige Kontrolle innerhalb von 3 Monaten zur Evaluation des Therapieerfolges durch den Rheumatologen
- Unter stabiler Therapie Vorstellung zur Therapieevaluation nach Empfehlung des Rheumatologen

- Bei notwendiger Therapieanpassung (Eskalation, Deeskalation) individuelles Vorgehen

Nebenwirkungen:

- Häufig Übelkeit, Erbrechen, abdominelle Beschwerden
- Erhöhte Infektanfälligkeit
- Erhöhte Transaminasen
- Reduzierte Nierenfunktion, Kontraindikation (GFR < 60ml/min)
- Hautausschläge, Durchfälle
- Blutbildveränderungen
- Haarausfall
- Notwendigkeit der sicheren Empfängnisverhütung (bis zu 3 Monate nach MTX Gabe für Frauen, 3-6 Mo für Männer), Kontraindikation Schwangerschaft und Stillzeit
- Kontraindikation für Lebendimpfungen

Interaktionen:

- Antibiotika (z.B. Trimethoprim, Pivmecillinam) erhöhen Toxizität von MTX
- NSAIDs beeinflussen bei zeitgleicher Einnahme dessen Konzentration im Blut aufgrund eines reduzierten renalen Abbaus
- Kontraindikation von MTX in der Schwangerschaft bzw. geplante Schwangerschaft (Latenz 3 Monate) bzw. in der Stillzeit
- Kombination von Alkohol und MTX erhöht das Risiko für Leberschäden
- Koffein (Kaffee, Tee, Softdrink) kann bei zeitgleicher Einnahme von MTX dessen Wirkung beeinflussen
- PPI hemmt renale Elimination von MTX, wodurch erhöhte MTX Konzentrationen entstehen können
- Pflegepersonal soll bei bekannter Schwangerschaft persönliche Schutzausrüstung bei der Verabreichung von MTX tragen

➔ Die MTX Behandlung erfordert daher eine ausführliche Aufklärung des Patienten und zurückhaltender Einsatz bzw. ein intensives Monitoring bei Patienten mit bekannter Nieren- oder Leberinsuffizienz oder bei immungeschwächten Patienten. Die Gabe von Folinsäure (5-10mg am Folgetag) kann die Nebenwirkungen deutlich reduzieren.

Bei Kontraindikationen gegen MTX oder einer bekannten Unverträglichkeit kommen andere Basistherapeutika als Behandlungsalternativen erster Wahl in Frage, u.a. Leflunomid, Sulfasalazin oder Hydroxychloroquin. Deren Einsatz richtet sich nach patientenindividuellen Parametern, insbesondere bei Kinderwunsch.

Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren, IL-Antagonisten, T, B-Zell Rezeptor Antagonisten):

Eine Therapie mit Biologika ist schweren Verlaufsformen vorbehalten.

Eine Biologikatherapie sollte in Kombination mit einem konventionellen DMARD (siehe Zulassungsstatus) erfolgen.

Biosimilars: Studien legen die Gleichwertigkeit zum Original sowie die Möglichkeit zum „Switch“ ohne Wirkungsverlust. (AKDÄ, Leitfaden Biosimilars, 1.Auflage 2017)

Gemäß S1 Leitlinie zur medikamentösen Therapie bei rheumatoider Arthritis bzw. S3 Leitlinie der frühen rheumatoiden Arthritis soll als „first-line“ Gabe MTX eingesetzt werden. In Ausnahmefällen besteht die Empfehlung einer Ersttherapie in Kombination von MTX mit einem Biological bei Patienten mit „einer Häufung schlechter Prognosefaktoren, einer hochaktiven Erkrankung und sehr früh nachweisbaren strukturellen Schäden“. Ebenso besteht die Möglichkeit bei einer hochaktiven Arthritis und schlechten Prognosefaktoren nach erfolgloser MTX Monotherapie direkt auf die Kombination von MTX plus Biological zu wechseln (S1 Leitlinie,).

Allgemeine Aufklärungshinweise:

- Aufklärung über verzögerten maximalen Wirkungseintritt
- Aufklärung des Patienten bei Anzeichen auf Infektionen (z.B. bei Fieber) über eine dringliche ärztliche Vorstellung
- Ausführliche Nutzen/Risiko Abwägung und Aufklärung des Patienten bei zuvor diagnostizierter und ggf. therapierter Krebserkrankung, ebenfalls bei bekannter Multiplen Sklerose
- Die Elimination von einigen TNFα Blockern kann bis zu 6 Monate (Adalimumab, Infliximab) dauern (Karow 2014 D)

Laborkontrollen (Therapieüberwachung der DGRh oder DEGAM in der aktuellen Form)

Nebenwirkungen:

- Hautreaktionen an Injektionsstelle
- Allergische Reaktion (insbesondere Infliximab) – Supportivtherapie prüfen
- Erhöhtes Infektionsrisiko (Tuberkulosescreening und Hepatitisscreening vor Therapie beachten)
- Seh- und Gefühlsstörungen
- Muskelschwäche
- Ödembildung
- Verschlechterung einer bekannten Herzinsuffizienz, daher zurückhaltender Einsatz bzw. engmaschige Kontrolle (relative Kontraindikation)

➔ Generell ist auf die fehlende Information/Erfahrung unter Langzeitanwendungen hinzuweisen.

JAK-Inhibitoren

Januskinase-Hemmer sind als <u>Reservemittel</u> zur peroralen Behandlung der mittelschweren bis schweren rheumatoiden Arthritis Erwachsener im Handel.

Folgen der Langzeitanwendung hinsichtlich Malignomen, Infektionen und kardiovaskulärer Schadwirkungen bleiben zu klären
(Arznei-Telegramm, a-t 07/2017; 48: 58-60)

---

* Anmerkung: Hinweise zur Wirtschaftlichkeit können der Vertragssoftware entnommen werden.

Literatur

- ACR 2015, guidelines American College of Rheumatology
- Albrecht K, Callhoff J, Edelmann E et al 2016
  Klinische Remission bei rheumatoider Arthritis. Daten aus der Früharthritiskohortenstudie CAPEA, Z Rheumatol 75: 90-96
- AKDÄ „NSAR im Vergleich: Risiko von Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt und Schlaganfall“ 2013
  https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Bekanntgaben/Archiv/2013/20130722.html
- AKDÄ, Leitfaden Biosimilars, 1.Auflage 2017
  https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/Biosimilars/
- American College of Rheumatology,
  Stand 3.6.16:
  http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Treatments/Methotrexate-Rheumatrex-Trexall, http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Treatments/Anti-TNF
- arznei-telegramm, a-t 2010; 41 : 106-7
- Arzneiverordnungsreport 2017
- Bolten W.W., Krüger K, Reiter-Niesert S. et al. 2016
  DGRh-Empfehlungen zur Implementierung aktueller Sicherheitsaspekte in die NSAR-Therapie muskuloskelettaler Schmerzen. Z Rheumatol 75, 103-116
- BraunJ et al 2016
  Internationale Qualitätsindikatoren in der Rheumatologie: Vorschläge für die rheumatoide Arthritis. Z Rheumatol 2016, 75: 330-337
- Da Costa BR et al 2016
  Effectiveness of non-steroidal anti-infl ammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. The Lancet.
- DEGAM Leitlinie „Medikationsmonitoring“ (S1 Handlungsempfehlung),
  http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/S1-Handlungsempfehlung/S1-HE_Medikamentenmonitoring_Langfassung_201406.pdf
- Deutsches Rheumaforschungszentrum (2013) Kerndokumentation, Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie: Patienten- und Arztinformation zu MTX, Stand: 30.11.2017, http://dgrh.de/1037.html
- Fachinformation Methotrexat Schweiz:
  https://compendium.ch/mpro/mnr/1269/html/de?Platform=Desktop
- FDA 2015, Drug safty communicaiton, http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm451800.htm
- Freissmuth M et al 2012
  Pharmakologie und Toxikologie: S. 160. Springer Verlag, Heidelberg 2012
- Forman JP et al. 2005
  Non-narcotic analgesic dose and risk of incident hypertension in US women. Hypertension, 46:500-507
- Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A et al. (2006)
  Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ 174, 1589-1594

- Gosch M 2015
  CME Zertifizierte Fortbildung. Analgetika beim geriatrischen Patienten. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen. Z Gerontol Geriat 2015-48: 483-493
- Hazlewood G et al 2012, Paracetamol for the management of pain in inflammatory arthritis: a systematic literature review
- Karow T, Lang-Roth R 2017
  Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 25 Auflage, S. 569
- Karow T, Lang-Roth R A 2014
  Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 22. Auflage, S.547
- Karow T, Lang-Roth R B 2014
  Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 22. Auflage, S. 1168
- Karow T, Lang-Roth R C 2014
  Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 22. Auflage, S. 375
- Karow T, Lang-Roth R D 2014
  Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 22. Auflage, S. 616
- Klinge SA, Sawyer GA 2013, Effectiveness and safety of topical versus oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a comprehensive review, Phys Sportsmed. 2013 May;41(2):64-74
- Krüger K 2009
  Rheumatoide Arthritis, Rationale Pharmakotherapie, 69-73, AOK Baden-Württemberg
- Liechti ME 2014
  Pharmakologie von Schmerzmitteln für die Praxis-Teil 1: Paracetamol, NSAR und Metamizol. Schweiz Med Forum 2014: 14:437-440
- Liu et al. 2013
  A practical guide tot he monitoring and management oft he complications of systemic cortisteroid therapy.
  Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2013 9:30
- LONTS S3 Leitlinie “Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen” 2015, http://www.awmf.org
- Mössner J 2016
  The indications, applications, and risks of proton pump inhibitors-a review after 25 years. Dtsch Arztebl Int 2016; 113:477-83
- Reimer C et al. 2009
  Proton-Pump Inhibitor Therapy Induces Acid-Related Symptoms in Healthy Volunteers After Withdrawal of Therapy. Gastroenterology Vol. 137, p. 80-87
- Robert Koch-Institut. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Berlin: RKI; 2010. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 49
- Schneider M, Lelgemann M, Abholz HH et al. 2007
  Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis.
  Steinkopff-Verlag, Darmstadt
- Schwabe U und Pfaffrath 2016
  Arzneiverordnungsreport 2016, Springer-Verlag, Heidelberg, S.369-372
- Smolen J et al 2017
  EULAR recommendations fort he management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis 2017;0:1-18
- Symmons DP. Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002; 16(5): 707-722
- Wehling M, Burkhardt H 2016 A
  Arzneitherapie für Ältere, Springer-Verlag, Heidelberg, 4. Auflage, S.203
- Wehling M, Burkhardt H 2016 B
  Arzneitherapie für Ältere, Springer-Verlag, Heidelberg, 4. Auflage, S.244

Anhang 13:

Anamnesebogen – Monitoring
Internistische Rheumatologie

Anamnesebogen – Monitoring

Der nachfolgende Bogen kann als Grundlage/Beispiel für ein Erstgespräch im Rahmen der Anamnese bzw. auch für ein Verlaufsgespräch im Rahmen eines Monitorings genutzt werden.

Name und Adresse: _____ **Datum:**

_____

Biopsychosozialer Anamnesebogen internistische Rheumatologie:

Aktuelle Beschwerden:

_____

_____

_____

Bio-logisch (z. B. Art, Lokalisation (Gelenke, Rücken), Dauer, Intensität nach Stufe 1-10):

_____

_____

Psycho-logisch (z. B. Stimmungslage, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit):

_____

_____

_____

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?

   _____

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

   _____

Sozial (z. B. Beruf, Freizeitaktivitäten, Hobbys):

_____

Körperliche Aktivität pro Woche:

_____

Raucherstatus:
Seit wann? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag?: _____

ggf. Ex-Nikotin seit: _____

Alkoholkonsum (Art, Menge) :
täglich: _____ wöchentlich: _____ gelegentlich:_____

Impfstatus:	Nein	Ja	Datum der Impfung:
Diphtherie / Tetanus / Pertussis	☐/☐/☐	☐/☐/☐	
Masern / Mumps / Röteln	☐/☐/☐	☐/☐/☐	
Hepatitis B	☐	☐	
Hepatitis A	☐	☐	
Pneumokokken	☐	☐	
Saisonale Influenza-Impfung	☐	☐	
Herpes zoster / Varizellen	☐/☐	☐/☐	
Reiseimpfungen (Gelbfieber) nötig?	☐	☐	
Malariaprophylaxe geplant?	☐	☐	

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **Alter:**_____

Bekannte Vorerkrankungen (aktuell oder in der Vergangenheit):

Erkrankung	**Nein**	**Ja**	**Hinweis**
Bluthochdruck			Seit wann bekannt:
Erhöhte Blutfettwerte			
Herzerkrankung / Herzinfarkt			Wann:
Schlaganfall			Wann:
Durchblutungsstörung in den Beinen oder Halsgefäßen			Seit wann bekannt:
Diabetes (Zuckererkrankung)			Seit wann bekannt:
Nierenerkrankung (eingeschränkte Nierenfunktion)			Letzte Laborkontrolle (GFR):
Depression			Mehrfach: ja☐ nein☐, wann zuletzt:
Lebererkrankungen (Hepatitis, Leberzirrhose)			
COPD/Asthma			Wann war die letzte Verschlechterung:
Osteoporose (Knochenschwund)			Knochendichtemessung erfolgt:
Tuberkulose			Wann:
Krebserkrankung			Welche:
Magengeschwür (Ulcus)			Wann:
Entzündliche Darmerkrankung			Wann letzter Schub:
Gürtelrose			Wann zuletzt:
Weitere Beschwerden oder sonstige Vorerkrankungen:			Welche:
Unfälle			Welche:

Familiäre Vorgeschichte:

Herzinfarkte in jungen Jahren (< 60 Jahre): Ja ☐ Nein ☐
Krebserkrankungen: Ja ☐ Nein ☐ , welcher Art?: _____

entzündlich rheumatische Erkrankungen: _____

Sind für die kommenden 6-12 Monate Operationen geplant?
Wenn ja, welche?

_____

_____

Bei welchen Fachärzten waren Sie innerhalb der letzten 12 Monaten in Behandlung, insbesondere auch bei Zahnärzten (aktueller Zahnstatus)?

_____

_____

Aktueller Kinderwunsch? Ja ☐ Nein ☐
Aktuelle Empfängnisverhütung? Ja ☐ Nein ☐
Aktuelle Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐
Aktuelle Stillzeit? Ja ☐ Nein ☐

Sind Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges) bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein, auch unabhängig von ärztlichen Verordnungen, welche Sie privat kaufen?

Präparat (Name)	**Dosis (mg)**	**Indikation (Wofür? / Wogegen?)**	**Einnahme (morgens / mittags / abends?)**