

Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und FACHARZT für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder FACHARZT für Chirurgie

Ziel einer Schnittstellenkoordination ist insbesondere die Sicherstellung sowie die qualitative und ökonomische Verbesserung der Gesundheitsversorgung von chronischen, häufig auftretenden Krankheitsbildern mit hohem Versorgungsbedarf.

Kernaufgaben des Hausarztes sind im Wesentlichen die Anamnese, Untersuchung und Labordiagnostik sowie Therapie, Betreuung und Begleitung des Patienten. Bei Überleitung zum FACHARZT erstellt der HAUSARZT ein Begleitschreiben u.a. mit Angaben zum Betreuungsanlass, zu Voruntersuchungen, Komorbiditäten und Medikamenteneinnahme. Zur Unterstützung einer vernetzten Betreuung des Patienten erhält der HAUSARZT zeitnah vom FACHARZT einen Befundbericht mit Angaben der Diagnose, durchgeführten Untersuchungen, Therapieverschlagn und ggfs. Medikation. Der HAUSARZT erhält zudem die Möglichkeit über strukturierte, wechselseitige Kommunikations- und Koordinationswege den Sozialen Dienstes der AOK einzubinden und darüber Unterstützung bei der Sicherung einer stabilen Gesamtversorgungssituation (siehe Anhang 5.4 zu Anlage 17 HZV-Vertrag) zu erhalten.

Orthopädische Not-/Akutfälle, die vom HAUSARZT telefonisch angemeldet werden, sind vom FACHARZT am gleichen Tag zu behandeln, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.

Schwerpunkt der Versorgung im Orthopädievertrag stellt die bio-psycho-soziale Versorgung dar, durch die eine patientenzentrierte Versorgung hervorgehoben wird. Neben einer ausführlichen Anamnese und Diagnostik unter anderem zu lebensstilbezogenen Risikofaktoren und Komorbiditäten erhält die motivationale Beratung einen zentralen Stellenwert in der orthopädischen Versorgung – der Patient wird in seiner Eigenaktivität gestärkt und zu medikamentösen wie nicht-medikamentösen sowie zu invasiven Therapieverfahren evidenzbasiert beraten und versorgt (Prof. Schiltenswolf, Deutscher Ärzteverlag, 2006, muskuloskelettale Schmerzen; NVL Leitlinien Kreuzschmerzen 2011; www.rki.de Robert Koch-Institut Hefte körperliche Aktivität, Rückenschmerzen, Arthrose, rheumatoid-entzündliche Erkrankungen usw.)

Über strukturierte Kommunikations- und Kooperationswege mittels Begleitschreiben und Befundberichte (siehe unten) zwischen HAUSARZT und FACHARZT ist

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankenhausaufnahmeraten, einer verbesserten Rationalen Pharmakotherapie und einer höheren Patientenzufriedenheit und Lebensqualität mit verbesserter Prognose (www.g-ba.de),
2. eine Unterstützung der Arzt-Patienten-Beziehung durch ein verlässliches und zeitnahes Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (www.g-ba.de) sowie
3. eine Verbesserung der Lebensqualität durch Förderung des Patienten in seiner Eigenaktivität und im Selbstmanagement im Zusammenhang mit seiner Erkrankung zu erwarten.

Schnittstellenkommunikation

HAUSARZT → ORTHOPÄDE
Begleitschreiben

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

Schnittstellenkommunikation

ORTHOPÄDE → HAUSARZT
Indikationsbezogene Befundberichte

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

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt



Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiemit 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

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

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt



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 | |
| <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: | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Empfehlung Sozialer Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z.B. zur Beratung, Case Management): | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Zielsetzung/ Verlaufskontrolle | |
| | |

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt



Praxisstempel/ Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiemit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages, mit dem Krankheitschwerpunkt **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 |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| Anschrift | | |

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt



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: | <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> SD Überfunktion <input type="checkbox"/> Postmenopausal <input type="checkbox"/> Sturzanamnese <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> 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 | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| Anschrift | | |

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt/ Facharzt



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 **entzündliche Gelenkerkrankungen**, am _____ bei mir in Behandlung befand.

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

| | |
|---|--|
| Röntgen: | |
| Arthrosonografie: | |
| Labor: | |
| Therapie | |
| Information und Beratung: | |
| Nicht medikamentöse Therapie: | |
| Heil- und Hilfsmittel: | |
| Medikamente: | |
| Rehabilitation | |
| Empfehlung Sozialer Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z.B. zur Beratung, Case Management): | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| 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 | Symptombdauer | 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 |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Kleine Gelenke²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MCPs • PIPs • MTP 2-5 • IP1 • Handgelenke <p>Nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CMC 1 • MTP 1 • DIPs | | <p>Mittlere/ große Gelenke¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulter • Ellenbogen • Hüfte • Knie • Sprunggelenk |
|---|--|--|

Klinischer Verlauf nach DAS 28 – Krankheitsaktivitätsindex für die rheumatoide Arthritis

| | | |
|---|---|--|
| <p>Geschwollene Gelenke</p> <p>Palpation der Synovitis über dem Gelenkspalt dorsolateral</p> | <p>Druckempfindliche Gelenke</p> <p>Palpation der Synovialis über dem Gelenkspalt dorsolateral</p> | <p>① Anzahl geschwollener Gelenke</p> <p>② Anzahl druckempfindlicher Gelenke</p> <p>③ BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergren in mm/h)</p> <p>④ Allgemeinurteil des Patienten über seinen Gesundheitszustand (NRS) <i>Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 7 Tagen?</i> Skala: 0 (sehr gut) bis 10 (schlecht)</p> |
|---|---|--|

Berechnung DAS 28

DAS 28 = $0,28 \times \sqrt{\textcircled{1}} \text{ Anz. geschw. Gelenke} + 0,56 \times \sqrt{\textcircled{2}} \text{ Anz. druckdol. Gelenke}$
 $+ 0,7 \times \ln \textcircled{3} \text{ BSG} + 0,014 \times (\textcircled{4} \text{ NRS} \times 10) =$

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 Spondylitis Disease Activity Index

Beurteilung der folgenden Themenfelder durch den Patienten:

| | |
|--|---|
| <p>1 Wie würden Sie Ihre allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung beschreiben?</p> <p>keine Müdigkeit/Erschöpfung <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 sehr starke Müdigkeit/Erschöpfung</p> | <p>Berechnung:</p> <p><input type="checkbox"/> +</p> <p><input type="checkbox"/> +</p> <p><input type="checkbox"/> +</p> <p><input type="checkbox"/> +</p> <p><input type="checkbox"/> + 2 = <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> + 2 = <input type="checkbox"/></p> <p>=</p> <p>Summe: <input type="checkbox"/></p> <p>÷ 5 =</p> <p>BASDAI: <input type="text"/></p> |
| <p>2 Wie stark waren Ihre Schmerzen in Nacken, Rücken oder Hüfte?</p> <p>keine Schmerzen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 sehr starke Schmerzen</p> | |
| <p>3 Wie stark waren Ihre Schmerzen oder Schwellungen in anderen Gelenken?</p> <p>keine Schmerzen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 sehr starke Schmerzen</p> | |
| <p>4 Wie unangenehm waren für Sie besonders berührungs- oder druckempfindliche Körperstellen?</p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 sehr stark</p> | |
| <p>5 Wie ausgeprägt war Ihre Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen?</p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 sehr stark</p> | |
| <p>6 Wie lange dauert diese Morgensteifigkeit im Allgemeinen?</p> <p>in Stunden 0 <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¾ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1¼ <input type="checkbox"/> 1½ <input type="checkbox"/> 1¾ <input type="checkbox"/> ≥2 <input type="checkbox"/></p> <p>Punkte <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1,25 <input type="checkbox"/> 2,5 <input type="checkbox"/> 3,75 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6,25 <input type="checkbox"/> 7,5 <input type="checkbox"/> 8,75 <input type="checkbox"/> 10</p> | |