

Versorgung- und Leistungsinhalte Internistische Rheumatologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
Hausarztebene	Facharztebene
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMA- 	<p>Grundlagen der Versorgungsqualität zur Verminderung von Fehlversorgung</p> <p>Außer ggf. in Notfällen bzw. Akutsituationen.</p> <p>Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung. Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN sollte gegeben sein.</p> <p>Die Vertragspartner beabsichtigen, die u. g. wesentlichen Versorgungsziele z. B. durch multidisziplinäre Qualitätszirkel / Fortbildungen entsprechend zu vertiefen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung Nach aktuell bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17 (u. a. www.awmf.de, www.ebm-netzwerk.de, www.rki.de, www.svr-gesundheit.de) zu entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises (Anhang 2a zu Anlage 12a) sowie ggf. extraartikulärer Organmanifestationen und entsprechender Komorbiditäten (Anhang 2b zu Anlage 12a). Integration einer bio-psycho-sozialen und kooperativen Versorgung bedeutet, dass neben biologisch-medizinischen Faktoren auch soziale und psychische zu berücksichtigen sind, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen. 2. Motivationale Beratung Für ein vertieftes Verständnis zur Bedeutung nicht-medikamentöser Maßnahmen (v. a. Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training, Ernährung, Nikotinstopp) gemäß Anlage 17 und Anhang 1 zu Anlage 17. 3. Gemeinsam klug entscheiden bzw. gemeinsame Entscheidungsfindung¹ zur Vereinbarung von individuellen Zielen im Rahmen eines multidisziplinären und vorausschauenden Versorgungsplans zu nicht-medikamentösen und zu medikamentösen Maßnahmen gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17 Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance bzw. Adhärenz sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidungen und das Selbstmanagement der Erkrankung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen des Patienten, die Entscheidung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern sowie die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede.

¹ Entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

TOLOGEN.

Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen.

4. **Unterstützung der ärztlichen Beratung zur Umsetzung o. g. Versorgungsziele** durch die MFA bzw. EFA² (Anhang 4 zu Anlage 12a) mit niedrigschwelligen Informationen mündlich und schriftlich.
5. Entsprechend **umfassender Befundbericht für den HAUSARZT** gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 und auch gemäß Anhang 2a und 2b zu Anlage 12a sowie Anhang 11 zu Anlage 17.

Übersicht: Anhänge zu Anlage 17 Orthopädie / Rheumatologie

- Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie
- Anhang 2: Schnittstelle – Interdisziplinäre Versorgung
- Anhang 3: Medikamentöse Therapie
- Anhang 4: Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Anhang 5: AOK-Sports
- Anhang 6: AOK-proReha
- Anhang 7: Hilfsmittel
- Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator
- Anhang 9: Heilmittel
- Anhang 10: Medizinische Rehabilitation
- Anhang 11: Richtige Kodierung
- Anhang 12: Medikamentöse Beratung
- Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring

Facharztebene - Abklärung des Verdachts auf eine rheumatologische Erkrankung (RP1)

Abklärung des Verdachts auf eine rheumatologische Erkrankung (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a; Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)).

1. **Anamnese**
2. **Klinische Untersuchung mit Assessment**
3. **Ggf. Bildgebung, spezielle Labordiagnostik**

² EFA: Entlastungsassistent/in in der Facharztpraxis

- 4. Diagnosestellung mit korrekter Kodierung**
- 5. Ggf. Therapieeinleitung (nicht-medikamentös und ggf. medikamentös) einschließlich Abstimmung mit dem Patienten**
- 6. Befundbericht**
 - Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN u. a. mit Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen
- 7. Ggf. Überweisung**
 - In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht).
 - Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT.
 - Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen.

Facharztebene - Spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (RP2)

Spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a)

- 1. Bio-psycho-soziale Anamnese**
vgl. auch Anamnesebogen (Anhang 13 zu Anlage 17) u. a.
 - aktuelle (Anfangs-)Beschwerden insbesondere internistisch-rheumatologische Leitsymptome
 - Schmerzen, Funktionsstörungen
 - Vorerkrankungen, Verletzungen, Operationen und Allergien
 - familiäre Krankheitsgeschichte
 - extraartikuläre Organmanifestationen und Komorbiditäten, z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Störungen
 - körperliche und seelische Beschwerden / Belastungen
 - bisherige relevante Maßnahmen
 - Größe, Gewicht, Allgemeinzustand
 - soziodemographische Angaben z. B. Beruf, Familienstand

- (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten
- Strukturierte Medikationsanamnese: Erfassung der vollständigen Medikation (auch OTC), Einnahmemodalitäten, Unverträglichkeiten und Allergien etc.

2. Körperliche Untersuchungen u. a.

- Inspektion und Palpation Gelenke, Bewegungsapparat, Organe wie z. B. Haut und Augen
- Funktionsprüfungen Muskelkraft
- Erhebung von Leitsymptomen zu den Gelenkfunktionen, extraartikulären Organmanifestationen und zu entsprechenden Komorbiditäten

3. Aufklärung zu und Einsatz von Fragebögen auch im Verlauf und daraus abgeleitete weitere multidisziplinäre Versorgung u. a.

- Krankheitsaktivität, Funktionskapazität bzw. –beeinträchtigung:
 - z. B. EULAR-Response-Kriterien, DAS 28 Disease Activity Score, FFbH Funktionsfragebogen Hannover, HAQ Health Assessment Questionnaire
 - ggf. Selbstbeurteilung RADAI Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index bzw. BASFI Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
- psychische Befindlichkeit (z. B. v. a. zum unabhängigen Risikofaktor Depression Zwei-Fragen-Test, ggf. z. B. PHQ-9)
- Lebensqualität (z. B. SF-36 oder EuroQol-EQ-5D)

4. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Labor

5. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Bildgebung

6. Aufklärung zum Krankheitsbild (einschließlich Anatomie und Funktionsweise) zur Förderung des Krankheitsverständnisses, zum möglichen Krankheitsverlauf sowie zu allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten

7. Nicht-medikamentöse Beratung (v. a. gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17)

Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie entsprechende motivationale Beratung zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge u. a. gemäß Alter, Geschlecht und Komorbiditäten bzw. Organmanifestationen

- Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training
- durch bewussten Lebensstil wie Bewegung, Förderung von Gewichtsoptimierung und Risikominderung von Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislaufkrankungen, Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose usw. sowie auch günstigem Einfluss damit auf die Medikation
- Nikotinstopp auch zur günstigen Beeinflussung entzündlicher Prozesse

- Reduktion eines übermäßigen Alkoholkonsums
- Ernährung z. B. mediterrane Kost, arachidonsäurearm
- sonstige unterstützende Maßnahmen je nach Beschwerdebild der jeweiligen rheumatologischen Erkrankung
- Sonnenschutz z. B. insbesondere bei Kollagenosen
- konkrete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung wie z. B.
 - (Sport)-Vereine
 - Deutscher Olympischer Sportbund (Rezept für Bewegung)
 - Funktionstraining z. B. über die Rheuma-Liga und Rehabilitationssport nach ärztlicher Verordnung über das Muster 56
 - AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangebote über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mittels grünem Rezept bzw. Privatrezept (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)
- Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK (Sozialpädagogen) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (Pflegerkräfte, Sozialarbeiter, Sozialversicherungsfachkräfte) z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, berufliche Risikofaktoren, Pflegeberatung, Rehabilitation
- bei psychischen Störungen einschließlich z. B. chronischer Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren ggf. psychotherapeutische Unterstützung gemäß PNP-Vertrag
- ggf. Selbsthilfe z. B. Rheuma-Liga
- frühzeitige Rehabilitation
- qualitätsgesicherte Patientenschulungsprogramme (z. B. StruPI)
- ggf. qualitätsgesicherte Online-Patientenschulungsprogramme
- unterstützende Beratung zu DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma
- ggf. Hilfsmittel
- ggf. Heilmittel

8. Medikamentöse Beratung nach aktuellem bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17 sowie Anhang 3 zu Anlage 12a

unter besonderer **Beachtung folgender Grundlagen:** Alter, Geschlecht, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen (Polypharmazie, inklusive OTC Präparaten), Nieren- und Leberfunktion (ggf. Dosisanpassung), extraartikulärer Organmanifestationen (v. a. Herz, Lunge, Augen, Niere und Gefäße) und entsprechende Komorbiditäten sowie weitere relevante Komorbiditäten (Multimorbidität); Beispiele: Kardiovaskuläre Risikofaktoren / Erkrankungen (arterieller Hypertonus, Dyslipidämie, KHK, Herzinsuffizienz, pAVK), Depression, Diabetes mellitus, Osteoporose, COPD / Asthma; rationaler Pharmakotherapie; Notwendigkeit und Angemessenheit bestehender Medikation siehe z. B. www.priscus.net, auch

www.dosing.de, www.embryotox.de, www.dgrh.de

zum Beispiel:

- Ziel, Dauer, Wirkmechanismus und mögliche Nebenwirkungen der einzelnen Arzneimittel sowie ggf. notwendige Kontrollen oder Lebensstiländerungen
- Medikationsplan einschließlich Besprechung möglicher Hemmnisse / Vorbehalte zur Förderung der Adhärenz
- Interaktion zwischen Therapie und Erkrankung / Komorbidität, z. B.
 - Blutdrucksteigerung bei Einsatz von NSAR und / oder Kortikoiden
 - Risikosteigerung von kardiovaskulären Erkrankungen unter Einsatz von NSAR
 - Kontraindikation von NSAR / TNF-alpha-Blocker bei Herzinsuffizienz
 - Glukokortikoidtherapie mit Auswirkung auf die Blutzuckereinstellung und ggf. Osteoporoseprophylaxe
 - engmaschiges Monitoring z. B. bei vorliegender COPD bzw. Asthma unter Immunsuppression
- Impfungen unter Berücksichtigung einer Immunsuppressivtherapie, z. B. Influenza- und Pneumokokken-Impfung
- Beratung von Schwangeren auch unter Zuhilfenahme von Online-Beratungszentren (z. B. www.embryotox.de, www.dgrh.de)
- DMARD-Therapie (cDMARDs und bDMARDs) über Anwendung (Schulung des Patienten), Risiken (z. B. erhöhtes Infektionsrisiko), Nebenwirkungen (z. B. allergische Reaktionen), Warnhinweise (z. B. bei Herzinsuffizienz, Schwangerschaft)
- Notwendigkeit engmaschiger klinischer und Laborkontrollen unter DMARD-Therapie
- bei fehlender Remission bzw. Nichterreichen des Therapieziels trotz Dosisoptimierung nach spätestens 3 bzw. 6 Monaten zeitnahe Eskalation der DMARD-Therapie / Therapiewechsel (treat-to-target Strategie), ggf. De-Eskalation
- nicht-medikamentöse Alternativen und deren Effekte auf den Krankheitsverlauf (v. a. Schmerzminderung, verbesserte Lebensqualität)
- Korrelation zwischen Tabakkonsum und entzündlichen Botenstoffen einschließlich Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Medikation auch im Kontext Adipositas
- besondere Therapiesituationen (u. a. Schwangerschaften, Kinderwunsch, perioperatives Management)

8.1 Beratung zu Polypharmazie bei Multimorbidität

- Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen aller verwendeten Medikamente sowie zum erforderliche Monitoring
- potentiell inadäquate Medikation, siehe z. B. www.priscus.net
- Analgetika / insbesondere kurzfristiger Einsatz von NSAR / Coxibe (Indikation, Kontraindikation v. a. Nierenerkrankung / Bluthochdruck / kardiovaskulär Risikofaktoren / Erkrankungen, Wechselwirkungen, angepasste Dosierung bzw. erforderliche Dosisreduktion), ggf. alternative Schmerzmittel v. a. bei älteren Patienten wie Paracetamol (unter Beachtung der maximalen Dosierung) und nachgeordnet ggf. Metamizol

- bei Opioiden, z. B. erhöhte Sturzgefahr und Abhängigkeitspotential
- Glukokortikoide, u. a. Wechselwirkungen, angemessene Dosierung, Abhängigkeitspotential, Einnahmezeitpunkt (zirkadianer Mechanismus), Monitoring, Ausschleichen und Absetzen
- Überprüfung der PPI-Indikation (ggf. schrittweises Absetzen)
- ggf. Rücksprache mit HAUSARZT bzw. unter Einbeziehung weiterer in der Behandlung des Patienten beteiligter FACHÄRZTE im Sinne eines multidisziplinären Versorgungsplanes

8.2 Beratung zu Methotrexat

- als first-line Gabe bei rheumatoider Arthritis (Kontrolle der entzündlichen Aktivität mit günstiger Wirkung auf die Lebenserwartung, v. a. Verminderung des Herzinfarktrisikos)
- Effektivität auch abhängig von der Applikationsform (parenterale Applikation effektiver als orale)
- Gabe 1 x / Woche und zur besseren Verträglichkeit ggf. Dosisaufteilung
- mögliche Wechselwirkungen am Tag der MTX-Gabe mit NSAR (z. B. Hemmung der MTX-Ausscheidung)
- Gabe von Folsäure 5-10 mg, 24-48 Stunden nach MTX-Gabe (kann Nebenwirkungen und Abbruchrate reduzieren)
- Aufklärung zu häufigen Nebenwirkungen (z. B. gastrointestinale Beschwerden, Stomatitis, Haarausfall) und ggf. Lebensstilberatung, um Adhärenz zu fördern
- erforderliches Monitoring zur Verträglichkeit, zu Nebenwirkungen und deren Behandlung sowie zum Labor (Blutbild, Kreatinin, Leberenzyme)
- bei gebärfähigen Frauen nur unter Konzeptionsschutz; MTX mindestens 3 Monate vor geplanter Schwangerschaft absetzen, Notwendigkeit der Empfängnisverhütung auch bei Männern beachten

9. Individueller, multidisziplinärer und vorausschauender Versorgungs- einschließlich Medikationsplan zu o. g. Beratungsinhalten und Versorgungszielen (auch gemäß Anhängen zu Anlage 17) mit Dokumentation zu den Empfehlungen

10. Ggf. Teilnahme an der rheumatologischen Kerndokumentation über das deutsche Rheuma-Forschungszentrum, evtl. RheumaDok des BDRh

11. Strukturierter Befundbericht gemäß Anhang 2 zu Anlage 17

- Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN möglichst innerhalb von 3 Werktagen, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen mit korrekter umfassender, spezifischer und endstelliger Kodierung der Grunderkrankung einschließlich extraartikulärer Organmanifestationen (wie Herz, Lunge, Leber, Nieren, Augen und Gefäße) und entsprechender Komorbiditäten sowie Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw. für ein multidisziplinäres kooperatives Versorgungsmanagement (Schnittstelle).
- Bei Notfällen wird der Befundbericht sofort dem HAUSARZT und dem Überweiser übermittelt.
- Bei rheumatologischer Neueinstellung oder Therapieumstellung ist unmittelbar ein kurzer Befundbericht bzw. aktuali-

sierter Medikationsplan per Fax an den HAUSARZT zu übermitteln.

einschließlich Empfehlungen im Befundbericht an den HAUSARZT z. B.

- KARDIOLOGIE z. B. quartalsweise zur Herzinsuffizienz (v. a. Ultraschall Herz)
- ORTHOPÄDIE u. a. zur motivationalen Beratung / konservative und ggf. operative Mitbehandlung, ggf. weiterer degenerativer muskuloskelettaler Beschwerden / Erkrankungen
- PSYCHOTHERAPIE / PSYCHIATRIE z. B. bei psychischen Störungen wie depressiven Episoden
- GASTROENTEROLOGIE z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- sonstige Facharztgruppen z. B. Augenheilkunde, Dermatologie
- Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK z. B. bei psycho-sozialen Belastungen oder beruflichen Risikofaktoren gemäß Anhang 4 zu Anlage 17
- DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) auch bei extraartikulären Organmanifestationen und entsprechenden Komorbiditäten wie z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma mit „Einschreibe“-Empfehlung an den HAUSARZT
- konkreten Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung wie (Sport)-Vereine, Deutscher Olympischer Sportbund, Rheuma-Liga oder auch AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangeboten über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mit entsprechender korrekter Verordnung (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)
- frühzeitige Rehabilitation

12. Durchführung der medikamentösen Therapie siehe u. a. Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17

13. Ggf. Akupunktur

14. Ggf. Überweisung

- In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht).
- Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT.
- Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen.

15. Unterstützung auch durch die EFA zur Förderung der Patientensicherheit u. a. auch gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a zur

- Bio-psycho-sozialen Anamnese (Anamnesebogen) und weiteren Fragebögen s. o.

- Kodierung
- nicht-medikamentösen Therapie
- medikamentösen Therapie
- Vernetzung bzw. Koordination auch mit dem HAUSARZT und der VERAH / MFA / EFA einschließlich Aushändigen von schriftlichen evidenzbasierten Patienteninformationen (z. B. IQWiG / Gesundheitsinformation, AWMF, ÄZQ, RKI, Rheuma-Liga, DGRh)

Facharztebene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (RP3)

Spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a)

Versorgungsinhalte entsprechend RP2 für den Verlauf bzw. das Monitoring