

Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den HAUSARZT gem. § 7 des Vertrags

1. unbesetzt
2. Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, MEDIVERBUND, MEDI Baden-Württemberg, BNK und BNK Service GmbH vom 10.12.2009. Die Anhänge 2.1, 2.2 und 2.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von kardiologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
3. Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, MEDIVERBUND, BNG, BNFI sowie MEDI Baden-Württemberg vom 08.07.2010. Die Anhänge 3.1, 3.2 und 3.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von gastroenterologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
4. Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, BOSCH BKK, MEDIVERBUND, MEDI Baden-Württemberg, BVDN, DPtV sowie Freie Liste der Psychotherapeuten vom 10.10.2011. Die Anhänge 4.1, 4.2 und 4.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von neurologischen, psychiatrischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten und Therapeuten betreffen.
5. Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Orthopädie/ Rheumatologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDIVERBUND, BVOU, BNC sowie MEDI Baden-Württemberg vom 22.07.2013. Die Anhänge 5.1, 5.1a, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 und 5.7 zu Anlage 17 sind Bestandteile des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von orthopädischen/rheumatologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
6. Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zwischen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDIVERBUND, BDU, AGN sowie MEDI Baden-Württemberg vom 13.06.2016. Die Anhänge 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 zu Anlage 17 sind Bestandteile des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von urologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.

Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den HAUSARZT gem. § 7 des Vertrags

1. unbesetzt
2. Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, MEDIVERBUND, MEDI Baden-Württemberg, BNK und BNK Service GmbH vom 10.12.2009. Die Anhänge 2.1, 2.2 und 2.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von kardiologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
3. Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, MEDIVERBUND, BNG, BNFI sowie MEDI Baden-Württemberg vom 08.07.2010. Die Anhänge 3.1, 3.2 und 3.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von gastroenterologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
4. Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK, BOSCH BKK, MEDIVERBUND, MEDI Baden-Württemberg, BVDN, DPtV sowie Freie Liste der Psychotherapeuten vom 10.10.2011. Die Anhänge 4.1, 4.2 und 4.3 zu Anlage 17 sind Bestandteil des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von neurologischen, psychiatrischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten und Therapeuten betreffen.
5. Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V zwischen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDIVERBUND, BVOU, BNC sowie MEDI Baden-Württemberg vom 22.07.2013. Die Anhänge 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 und 5.7 zu Anlage 17 sind Bestandteile des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von orthopädischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.
6. Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zwischen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDIVERBUND, BDU, AGN sowie MEDI Baden-Württemberg vom 13.06.2016. Die Anhänge 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, und 6.5 zu Anlage 17 sind Bestandteile des HZV-Vertrags und vom HAUSARZT bei der Behandlung von urologischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht darauf zu beachten, soweit sie die hausärztliche Tätigkeit sowie die Kommunikation zwischen HAUSARZT und am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten betreffen.

Anhang 2.1 zu Anlage 17

Versorgungs- und Leistungsinhalte Kardiologie in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

1. Kardiologische Versorgung mit bedarfsgerechter Diagnostik (z.B. EKG, Echo) - hier allgemeiner Überblick ohne Indikationsbezug

Hausarztebene je nach klinischem Bild

- **Muster-Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**
- **Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**

Kardiologische Leistungen

1. Dokumentation
 - Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten
 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
 3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen Kardiologievertrag z.B.
 - Echokardiographie
 - EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, LZ-RR
 - Stress-Echokardiographie
 - Transösophageale Echokardiographie (im Folgenden: TEE)
 - Invasive Diagnostik
 4. Therapie
 - Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
 5. Den Hausarzt unterstützende Beratungen, um die Adherence der Patienten – d.h. deren Mitwirkung durch Information und Aufklärung – zu fördern.
 - Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
 - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan, ARRIBA
 6. Berichte/Dokumentation
 - Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT
- Sonstiges situativ z.B.
- prä- und poststationäre Betreuung gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 Kardiologievertrag (EBM-Ziffernkranz)
 - Laborleistungen Kardiologie gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 Kardiologievertrag (EBM-Ziffernkranz) und Vorort-Labor (Troponin, ggf. BNP, NTproBNP, D-Dimere u.a.)

Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrages.

Anhang 2.1 zu Anlage 17

2. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade

**Hausarztbene: Vorausschauende Wiedervorstellung
Hausarzt je nach NYHA, EF, Komorbiditäten, Medikation usw.**

- ggf. alle **6-12 Wochen** Gewicht (-sprotokoll)/ Kontrollen Blutdruck und Puls / Medikamente und Nebenwirkungen usw. /Lebensstil und Verhalten/
- ggf. Lebensqualität und Depression.
- Laborparameter wie K/Krea bei kaliumsparenden Diuretika, ACE-Hemmern/AT-1-Blockern
- Muster Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)
- Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)

Kardiologische Leistungen

1. Dokumentation (ICD-Kodierung/NYHA/EF/Form der Herzinsuffizienz)
 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
 3. ggf. apparative Diagnostik
 - bildgebende nichtinvasive Diagnostik, wie z.B. Echokardiographie mit Nachweis einer Dysfunktion und/oder BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen)
 - und/oder Röntgenthorax
 - und/oder erweiterte bildgebende Diagnostik wie z.B. TEE
 - und/oder invasive Diagnostik
- Maximales Kontrollintervall:**
NYHA-Stadium I und II
 - 1x jährlich (EF 45%); 2 x jährlich (EF 31 – 44%); 4 x jährlich (EF = 30%)**NYHA-Stadium III und IV:**
 - mindestens alle drei Monate
4. Therapie
 - Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
 - **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads**
 5. Den Hausarzt unterstützende Beratungen, um die Adherence der Patienten – d.h. deren Mitwirkung durch Information und Aufklärung – zu fördern.
 - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
 - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan Risikofaktoren
 6. Nachsorge
 - Diagnostik: **Wiedervorstellung gemäß Nr. 3 (Kontrollintervall)**
 - Therapie: **Kontrollintervalle gemäß den Empfehlungen (z.B. DEFI oder CRT, gemäß Indikationen Nr. 4 Rhythmusstörungen, Punkt 6.)**
- Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.
7. Berichte/Dokumentation
 - ggf. Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizienz
 - Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT mit (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)

Anhang 2.1 zu Anlage 17

3. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK

Vorausschauende Wiedervorstellung Hausarzt je nach klinisch stabilem oder instabilem Bild

- ggf. alle **6 Monate** Kontrolle Blutdruck / Gewicht / Medikamente usw. wenn stabil
- ggf. Labor (z.B. K/Krea unter ACE-Hemmer/AT-1-Blocker/Diuretika)
- Lebensstil / ggf. Lebensqualität / Depression
- **Muster-Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**
- **Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**

Kardiologische Leistungen

1. Dokumentation
 - Korrekte **endstellige ICD-Codierung**
 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
 3. Apparative Diagnostik
 - EKG
 - ggf. Ergometrie
 - ggf. LZ-EKG
 - ggf. Stressechokardiographie
 - ggf. TEE
 - ggf. Invasive Diagnostik
 4. Therapie
 - Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
 5. Den Hausarzt unterstützende Beratungen, um die Adherence der Patienten – d.h. deren Mitwirkung durch Information und Aufklärung – zu fördern.
 - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
 - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan, ARRIBA
 6. Nachsorge
 - **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild**
 - **Chronisch stabile KHK**
 - 1x pro Jahr
 - **Bei klinischer Verschlechterung ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle**
 - **Nach interventioneller Therapie;**
 - nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK
 - **Nach Bypassoperation:**
 - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK
 - **Nach akutem Koronarsyndrom:**
 - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK
- Bei klinischer Verschlechterung umgehende Wiedervorstellung jederzeit möglich
7. Berichte/Dokumentation
 - Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT mit (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)

4. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen

Anhang 2.1 zu Anlage 17

Hausarztebene: Vorausschauende Wiedervorstellung Hausarzt je nach klinischem Bild und kardiologischen Maßnahmen wie Kardioversion/Defibrillator usw.

- **Muster Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**
- **Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**

Kardiologische Leistungen

1. Dokumentation
 - Korrekte, **endstellige ICD-Codierung**
2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
3. Apparative Diagnostik
 - EKG
 - ggf. LZ-EKG
 - ggf. Ergometrie
 - ggf. Echokardiographie
 - ggf. TEE
 - ggf. Stressechokardiographie
 - ggf. Invasive Diagnostik
4. Therapie
 - Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie
 - ggf. Kardioversion
 - ggf. Schrittmacherimplantation oder Implantation eines Ereignisrekorders gemäß der aktuell gültigen Leitlinien
 - ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. DEFI, Ablation)
5. Den Hausarzt unterstützende Beratungen, um die Adherence der Patienten – d.h. deren Mitwirkung durch Information und Aufklärung – zu fördern.
 - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
 - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan
6. Nachsorge
 - **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild**
 - **Stabil: Wiedervorstellung in der Regel in 6 bis 12-monatigen Abständen**
 - Kontrollintervalle bei Schrittmacher-/ Defi-/ CRT-Patienten**
 - unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel, nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 6 bis 12- monatigen Abständen, vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle
 - **Kontrollintervalle nach Kardioversion**
 - **Folgetag der Kardioversion, nach 4 Wochen, 3 und 6 Monaten, danach in 6- bis 12-monatigen Abständen**
 - Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.**
7. Berichte/Dokumentation
 - Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)

Anhang 2.1 zu Anlage 17

5. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien

Hausarztebene: Wiedervorstellung Hausarzt je nach Schweregrad

- **Muster-Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**
- **Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)**

Kardiologische Leistungen

1. Dokumentation
 - Korrekte **endstellige ICD-Codierung**
2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
3. Apparative Diagnostik
 - ggf. Echokardiographie
 - ggf. EKG
 - ggf. LZ-EKG
 - ggf. Ergometrie
 - ggf. TEE
 - ggf. Stressechokardiographie
 - ggf. Invasive Diagnostik
4. Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
 - ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. Intervention, OP)
5. Den Hausarzt unterstützende Beratungen, um die Adherence der Patienten – d.h. deren Mitwirkung durch Information und Aufklärung – zu fördern.
 - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
 - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan
6. **Nachsorge**
 - **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes**
 - **Bei stabiler Klinik Wiedervorstellung in 1-3-jährigen Abständen**
 - **Nach Intervention/OP individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung.**
 - Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich**
7. Berichte/Dokumentation
 - Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag)

Anhang 2.1 zu Anlage 17

Mögliche Zielaufträge HAUSARZT an FACHARZT
Zielaufträge vom HAUSARZT sind nur für folgende Auftragsleistungen möglich:
Erbringung Langzeit EKG
Auswertung Langzeit EKG
Ergometrie (Belastungs-EKG)
Angiologie

Anhang 2.2 zu Anlage 17

Begleitschreiben HAUSARZT an Facharzt Strukturierter Befundbericht Facharzt an HAUSARZT/Patient

Die Kurzarztberichte vom HAUSARZT zum Kardiologen und umgekehrt spiegeln gemeinsam und übersichtlich u.a. die Themen Diagnostik, weitere Therapien, Beratungen zu Lebensstil, Risikofaktoren und Medikation wider. Die korrekte Kodierung vom Facharzt für den HAUSARZT erleichtert den Dokumentationsaufwand ebenso wie der Krankheitsüberblick zur Vorgeschichte und Medikation vom HAUSARZT für den Facharzt.

Anhang 2.2 zu Anlage 17

Begleitschreiben Kardiologie

1. Diagnose/Verdachtsdiagnose

WICHTIG: Alle kardiologischen Vorbefunde/ Voruntersuchungen oder aktuellen Befunde seit der letzten Vorstellung müssen dem FACHARZT in Form von Briefen oder Untersuchungsprotokollen zur Verfügung gestellt werden

Bei o.g. Patienten besteht folgende Verdachtsdiagnose ist/sind folgende kardiologischen Diagnosen bekannt
 Briefe/ Befunde bringt der Patient mit

- Herzinsuffizienz (NYHA ____)
- Koronare Herzerkrankung
- Herzrhythmusstörungen
- Vitien
- Andere kardio-vaskuläre Erkrankungen _____

Bemerkungen: _____

2. Relevante Vor- und Begleiterkrankungen

- Art. Hypertonie Fettstoffwechselstörung Nikotin
- COPD Asthma bronchiale
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- Niereninsuffizienz
- Andere Erkrankungen _____

ICD 10 Kode: _____

3. Teilnahme am DMP

- KHK Modul Herzinsuffizienz Diabetes Mellitus an keinem DMP

4. Beratung zu

- ARRIBA AOK Gesundheitsangeboten sonstige: _____

5. Aktuelle Medikation

- s. beiliegender Medikamentenplan
- Aktuelle Medikation _____

6. Bekannte Arzneimittel- und Kontrastmittelunverträglichkeiten

- keine bekannt
- folgende: _____

7. Labor

- s. beiliegender Laborausdruck
- Werte: _____

8. Bitte Mitgabe der aktuellen Untersuchungsbefunde falls vorhanden

- EKG Ergometrie LZ-EKG LZ-RR
- Keine

Anhang 2.2 zu Anlage 17
Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

Diagnosen

ICD-Codierung

Anamnese

Vormedikation

Status

Laborwerte

Apparative Diagnostik/ Befunde

Zusammenfassende Beurteilung

Therapievorschlag

Gesundheitsangebote

Anhang 2.3 zu Anlage 17

Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Die Angabe einer gesicherten Diagnose in Form eines endstelligen und korrekten ICD-10-Codes ist Bestandteil der kardiologischen Leistungen.

I = Herzinsuffizienz
 KHK = Koronare Herzerkrankung
 R = Rythmusstörungen
 V = Vitien

ICD 10	Klartext	Krankheit
	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz:	I
I11.00	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I
I11.01	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I
	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz:	I
I11.90	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I
I11.91	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I
	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit:	I
	- mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I
I13.00	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I
I13.01	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I
	- und Niereninsuffizienz	I
I13.20	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I
I13.21	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I
	- nicht näher bezeichnet	I
I13.90	- nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I
I13.91	- B295 nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I
	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	I
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	I
	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie	I
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten	I
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	I
	Lungenembolie	I
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	I
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	I
	Herzinsuffizienz	I
	Rechtsherzinsuffizienz	I
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	I
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	I

	Linksherzinsuffizienz	I
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	I
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	I
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	I
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	I
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	I
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	I
R57.0	Kardiogener Schock	I
T46.0	Vergiftung: Herzglykoside und Arzneimittel mit ähnlicher Wirkung	I
I09.2	Chronische rheumatische Perikarditis	I
I31.0	Chronische adhäsive Perikarditis	I
I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	I
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	I
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	I
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	I
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	I
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	I
	Sonstige Kardiomyopathien	I
	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	I
I43.0*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	I
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	I
I43.2*	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten	I
I43.8*	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	I
I51.1	Ruptur der Chordae tendineae, anderenorts nicht klassifiziert	I
I51.2	Papillarmuskelruptur, anderenorts nicht klassifiziert	I
I51.4	Myokarditis, nicht näher bezeichnet	I
I51.5	Myokarddegeneration	I
I51.7	Kardiomegalie	I
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	I
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	I
	Angina pectoris	KHK
I20.0	Instabile Angina pectoris	KHK
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	KHK
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	KHK
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	KHK
	Akuter Myokardinfarkt	KHK
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	KHK
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	KHK
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	KHK
	Rezidivierender Myokardinfarkt	KHK
I22.0	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK
I22.1	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK
I22.8	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK
I22.9	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	KHK
	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK

I23.0	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.3	Ruptur der Herzwand ohne Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.4	Ruptur der Chordae tendineae als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.5	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK
	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	KHK
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	KHK
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	KHK
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	KHK
I24.9	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK
	Chronische ischämische Herzkrankheit	KHK
I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben	KHK
	Atherosklerotische Herzkrankheit	KHK
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	KHK
I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung	KHK
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung	KHK
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung	KHK
I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes	KHK
I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen	KHK
I25.16	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents	KHK
I25.19	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet	KHK
	Alter Myokardinfarkt	KHK
I25.20	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend	KHK
I25.21	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend	KHK
I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend	KHK
I25.29	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet	KHK
I25.3	Herz (-Wand) -Aneurysma	KHK
I25.4	Koronararterienaneurysma	KHK
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	KHK
I25.6	Stumme Myokardischämie	KHK
I25.8	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit	KHK
I25.9	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	R
	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	R
I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	R
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	R
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	R
I44.3	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block	R
I44.4	Linksanteriorer Faszikelblock	R
I44.5	Linksposteriorer Faszikelblock	R
I44.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Faszikelblock	R
I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet	R
	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	R

I45.0	Rechtsfaszikulärer Block	R
I45.1	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock	R
I45.2	Bifaszikulärer Block	R
I45.3	Trifaszikulärer Block	R
I45.4	Unspezifischer intraventrikulärer Block	R
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	R
I45.6	Präexzitations-Syndrom	R
I45.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen	R
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	R
	Herzstillstand	R
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	R
I46.1	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	R
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	R
	Paroxysmale Tachykardie	R
I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	R
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	R
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	R
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	R
	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	R
	Vorhofflattern	R
I48.00	Vorhofflattern: Paroxysmal	R
I48.01	Vorhofflattern: Chronisch	R
I48.09	Vorhofflattern: Nicht näher bezeichnet	R
	Vorhofflimmern	R
I48.10	Vorhofflimmern: Paroxysmal	R
I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch	R
I48.19	Vorhofflimmern: Nicht näher bezeichnet	R
	Sonstige kardiale Arrhythmien	R
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	R
I49.1	Vorhofextrasystolie	R
I49.2	AV-junktionale Extrasystolie	R
I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	R
I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	R
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	R
I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	R
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	R
Q24.6	Angeborener Herzblock	R
B57.2	Chagas-Krankheit (chronisch) mit Herzbeteiligung	V
	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	V
I05.0	Mitralklappenstenose	V
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz	V
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	V
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	V
I05.9	Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	V
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose	V
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	V
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	V
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten	V
I06.9	Rheumatische Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V
I07.0	Trikuspidalklappenstenose	V
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	V

I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	V
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	V
I07.9	Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Krankheiten mehrerer Herzklappen	V
I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	V
I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V
I08.3	Krankheiten der Mitralklappen-, Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	V
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	V
	Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten	V
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	V
	Mitralklappenprolaps	V
I34.2	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose	V
	Sonstige nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten	V
I34.80	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	V
I34.88	Sonstige nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten	V
I34.9	Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	V
I35.0	Aortenklappenstenose	V
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	V
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	V
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten	V
I35.9	Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V
I36.0	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose	V
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	V
I36.2	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	V
I36.8	Sonstige nicht-rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V
I36.9	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
	Pulmonalklappenkrankheiten	V
I37.0	Pulmonalklappenstenose	V
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	V
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz	V
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten	V
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V
I38	Endokarditis, Herzklappenkrankheit nicht näher bezeichnet	V
	Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V
I39.0*	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V
I39.1*	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V
I39.2*	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V
I39.3*	Pulmonalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V
I39.4*	Krankheiten mehrerer Herzklappen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V

I39.8*	Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	V
Q20.0	Truncus arteriosus communis	V
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	V
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]	V
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	V
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]	V
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	V
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	V
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	V
Q21.1	Vorhofseptumdefekt	V
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	V
Q21.3	Fallot-Tetralogie	V
Q21.4	Aortopulmonaler Septumdefekt	V
	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V
Q21.80	Fallot-Pentalogie	V
Q21.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V
Q21.9	Angeborene Fehlbildung des Herzseptums, nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der Pulmonal- und der Trikuspidalklappe	V
Q22.0	Pulmonalklappenatresie	V
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	V
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz	V
Q22.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Pulmonalklappe	V
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose	V
Q22.5	Ebstein-Anomalie	V
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom	V
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	V
Q22.9	Angeborene Fehlbildung der Trikuspidalklappe, nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	V
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose	V
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz	V
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose	V
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz	V
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	V
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	V
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet	V
	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	V
Q24.0	Dextrokardie	V
Q24.1	Lävokardie	V
Q24.2	Cor triatriatum	V
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose	V
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose	V
Q24.5	Fehlbildung der Koronargefäße	V

Q24.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens	V
Q24.9	Angeborene Fehlbildung des Herzens, nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	V
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	V
Q25.1	Koarktation der Aorta	V
Q25.2	Atresie der Aorta	V
Q25.3	Stenose der Aorta (angeboren)	V
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta	V
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	V
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	V
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	V
Q25.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	V
Q25.9	Angeborene Fehlbildung der großen Arterien, nicht näher bezeichnet	V
	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen	V
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava	V
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior	V
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen	V
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	V
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet	V
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader	V
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)	V
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen	V
Q26.9	Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet	V
Q87.4	Marfan-Syndrom	V

Anhang 3.1 zu Anlage 17

Versorgungs- und Leistungsinhalte Gastroenterologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
1. Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) – hier allgemeiner Überblick <u>ohne Indikationsbezug</u>	
Hausarztzebene: <ul style="list-style-type: none">• körperlicher Befund• familiäre Anamnese zu Darmerkrankungen• Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)• regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen• Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen	Gastroenterologische Leistungen <ol style="list-style-type: none">1. Dokumentation<ul style="list-style-type: none">• Korrekte endstellige ICD-Kodierung2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B.<ul style="list-style-type: none">• Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung, Farbdrucker• Abdominalsonografie• Atemtest-Gerät• Diagnostische Proktoskopie4. Therapie<ul style="list-style-type: none">• Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien5. Beratungen Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten<ul style="list-style-type: none">• Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst6. Berichte/Dokumentation Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT

2. Gastroenterologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED)

Hausarztbene:

ggf. Wiedervorstellung zur Eradikationskontrolle
Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen

Laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz)

Gastroenterologische Leistungen:

1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung

z.B. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (K21.0) oder ohne (K 21.9) , Barrett-Ösophagus (K 22.7), Sodbrennen ausgenommen (R12)
z.B. Chronisch entzündliche nicht-infektiöse Darmerkrankungen (K50 bzw. K51 mit endstelliger Kodierung gem. Anhang 2).

Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxerkrankung mit Ösophagitis (K20 und K21.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung

3. ggf. apparative Diagnostik z.B.

Endoskopie ggf. mit PE,
HUT,
C-13-Atemtest,
pH-Metrie,
Sonografie
Labor

Kontrolle des Eradikationserfolgs

Bei *Helicobacter pylori*-Infektion. incl. Veranlassung der Kontrolle des Eradikationserfolgs frühestens 4 Wochen nach Therapieende (in der Regel über Stuhl- oder C13-Atemtest). (Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzhelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.)

4. Therapie

Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien

- | | |
|--|---|
| | <p>5. Beratung
zur Medikation wie Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, Substitution, Carminativa – gemäß (S3-)Leitlinien
zum Lebensstil (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Gewicht)
zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Psychosomatik</p> <p>6. Nachsorge /Wiedervorstellungsintervalle
Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sollen 1x pro Jahr beim FACHARZT vorgestellt werden
Regelmäßige Wiedervorstellung gem. Anlage 17 Gastroenterologievertrag</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)
Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</p> |
|--|---|

3. Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit Oberbaucherkrankungen auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen wie Leberzirrhose, Chronische Pankreatitis)	
Hausarztbene: <ul style="list-style-type: none">• körperlicher Status erheben• Labor (z.B. Enzymdiagnostik, CRP, Serologie, Gerinnung, Kreatinin-Clearance)• regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen• Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen	Gastroenterologische Leistungen <ol style="list-style-type: none">1. Dokumentation<ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Codierung<p>z.B. Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen der Leber verursacht durch Noxen wie Alkohol (K 70.2 bis K70.4) oder andere Toxine, Medikamente (K71.7) oder Fibrosen und Zirrhosen (K 74.0 bis K74.6), durch Virushepatitis (B.18.0 bis B18.8) oder nicht viral (K73.0 bis K73.8). Eine spezifische Labordiagnostik ist zur Sicherung der Diagnose erforderlich und führt zum Zusatzkennzeichen „G“.</p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung3. ggf. apparative Diagnostik<ul style="list-style-type: none">• Oberbauch-Sonografie,• Labor (z.B. AFP)4. Therapie<ul style="list-style-type: none">• medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien5. Beratung<ul style="list-style-type: none">• zur Medikation wie antivirale Therapie, auch Immunisierung und Impfung, gemäß (S 3-) Leitlinien• zum Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung)• zu spezifischen Angeboten wie AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen6. Nachsorge<p>Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Befund</p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage)<p>Strukturierter Befundbericht vom FACH-- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</p>

4. Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen des Verdauungstraktes auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Magen- oder Darmkarzinom, Leberkarzinom, Pankreaskarzinom u.a.)	
Hausarztbene: <ul style="list-style-type: none">• Nachsorge in Abstimmung mit dem Facharzt, ggf. palliative Unterstützung• Lebensstil, Lebensqualität, Depressionen, supportive Maßnahmen• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den FACHARZT	Gastroenterologische Leistungen 1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung wie z.B. Magenkarzinom (C 16.0-.8), Dünndarmkarzinom (C 17.0-.8), Kolonkarzinom (C 18.0-.8), Rektumkarzinom (C19, C 20, C 21.1-.8) u.a. wie Leberzellkarzinom (C 22.0), Pankreaskarzinom (C 25.0-.8), Karzinom Gallenwege überlappend (C 24.8) Die Malignomcodes werden solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, bis also keine weiteren therapeutischen Maßnahmen in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind. Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln aus Z08.-. Bei rein anamnestischer Angabe einer Tumorerkrankung, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese zu kodieren. Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom, d.h. wie ein Primärtumor zu verschlüsseln. R oder L kennzeichnet die Seiten. 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung 3. apparative Diagnostik, ggf. Endoskopie mit Biopsien 4. Therapie medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien 5. Beratung zur Medikation, ggf. Chemotherapie, Antikörper, Substitution, <ul style="list-style-type: none">• Impfungen gemäß (S 3-) Leitlinien• zum Lebensstil (Gewicht, Ernährung, Bewegung, Rauchen)• zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Palliation, supportive Therapie 6. Nachsorge Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Diagnose, supportive Maßnahmen, ggf. palliative

**Versorgung,
Lebensstil, Lebensqualität, Selbsthilfegruppen usw. (Anlage 17)**

7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)

Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICDKodierung

5. Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung	
	<p>u.a. auch Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung in Absprache mit dem Hausarzt Obligater Leistungsinhalt u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">○ Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung<input type="checkbox"/> <p>Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen</p>

Anhang 3.2 zu Anlage 17

Begleitschreiben HAUSARZT an Facharzt Strukturierter Befundbericht Facharzt an HAUSARZT/Patient

Die Kurzarztberichte vom HAUSARZT zum Gastroenterologen und umgekehrt spiegeln gemeinsam und übersichtlich u.a. die Themen

- **zur Diagnostik und Wiedervorstellung je nach Risikokonstellation**
- **zur Medikation wie z.B. zur Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, antivirale Therapie, auch Immunisierung und Impfung, Substitution usw. gemäß entsprechender (S3-)Leitlinien und Rationaler Pharmakotherapie**
- **zu familiären Risikofaktoren**
- **zum Lebensstil wie Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Gewicht**
- **zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Psychosomatik, Palliativversorgung.**

Die korrekte Kodierung vom Facharzt für den HAUSARZT erleichtert den Erhebungs- und Dokumentationsaufwand ebenso wie der strukturierte Krankheitsüberblick zur Vorgeschichte und Medikation vom HAUSARZT für den Facharzt.

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

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

Begleitschreiben Gastroenterologie

WICHTIG:

Relevante Vorbefunde/Voruntersuchungen oder aktuelle Befunde müssen dem FACH-ARZT in Form von Briefen oder Untersuchungsprotokollen zur Verfügung gestellt werden

1. Fragestellung

2. Gastroenterologische Vorerkrankungen

- Familiäre Darmerkrankungen _____
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Oberbaucherkrankungen einschl. Hepatitis
- Onkologische Magen-Darmerkrankungen, auch Vorstufen
- Sonstige Beschwerden/ Erkrankungen _____

3. Relevante Vor- und Begleiterkrankungen

- Art. Hypertonie KHK/ Rhythmusstörungen Diabetes mellitus Epilepsie/ Psychose
- Andere Erkrankungen _____

4. Aktuelle Medikation

- | | Nein | Ja, und zwar |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckersenkende Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> aktueller Medikamentenplan liegt bei | | _____ |

5. Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten

- Nein
- Ja und zwar _____

6. Bisherige supportive Maßnahmen

- AOK Gesundheitsangeboten
- AOK Sozialer Dienst
- Selbsthilfegruppen
- Palliation
- Psychosomatik u.a.
- Sonstige: _____

7. Labor

- Laborbefunde liegen bei

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

Diagnosen

ICD-Codierung

Anamnese

familiär

medikamentös

Laborwerte/Testverfahren

Apparative Diagnostik/Befunde

Zusammenfassende Beurteilung

Therapievorschläge

medikamentös

invasiv

kausal

symptomatisch

Allgemeinmaßnahmen

Wiedervorstellung Facharzt

Gesundheitsangebote

Anti-Nikotin/-Alkohol

Ernährung

Bewegung

Sozialer Dienst

Supportive/palliative Maßnahmen

Sonstige Themen

Anlage 3.3 zu 17 Diagnosenliste ICD 10

Die Angabe einer gesicherten Diagnose in Form eines endstelligen und korrekten ICD-10-Codes ist Bestandteil der gastroenterologischen Leistungen

- A: Entzündliche Magen-Darm-Erkrankungen
- B: Oberbaucherkrankungen
- C: Onkologische Erkrankungen des Verdauungstraktes
- D: Solide Tumore

ICD 10	Klartext	Krankheit
A06.4	Leberabszess durch Amöben	B
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum	B
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum	B
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	B
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	B
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	B
B17.0	Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers	B
B17.1	Akute Virushepatitis C	B
B17.2	Akute Virushepatitis E	B
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	B
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	B
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	B
B18.2	Chronische Virushepatitis C	B
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	B
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	B
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit Koma	B
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	D
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	D
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	C/D
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	C/D
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	C/D
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	C/D
C15.8	Ca: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	C/D
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	C/D
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	C/D
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	C/D
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	C/D
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	C/D
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Kurvatur des Magens, n. n. bez.	C/D
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur des Magens, n. n. bez.	C/D
C16.8	Ca: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	C/D
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	C/D
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum	C/D
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	C/D
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel	C/D
C17.8	Ca: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D

ICD 10	Klartext	Krankheit
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	C/D
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	C/D
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	C/D
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	C/D
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	C/D
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	C/D
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	C/D
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	C/D
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	C/D
C18.8	Ca: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	C/D
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	C/D
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	C/D
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	C/D
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	C/D
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion	C/D
C21.8	Ca: Rektum, Anus und Analkanal (teilbereichsüberlappend)	C/D
C22.0	Leberzellkarzinom	C/D
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	C/D
C22.2	Hepatoblastom	C/D
C22.3	Angiosarkom der Leber	C/D
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber	C/D
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	C/D
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	C/D
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	C/D
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	C/D
C24.1	Ca: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	C/D
C24.8	Ca: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	C/D
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	C/D
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	C/D
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	C/D
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus	C/D
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C/D
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	C/D
C25.8	Ca: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	C/D
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil n. n. bez.	C/D
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz	C/D
C26.8	Ca: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend	C/D
C26.9	Ca: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems	C/D
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum	C/D
C48.1	Bösartige Neubildung: n. bez. Teile des Peritoneums	C/D
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet	C/D
C48.8	Ca: Retroperitoneum und Peritoneum (teilbereichsüberlappend)	C/D
C49.4	Ca: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens	D
C49.5	Ca: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens	D
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde	D
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark	D
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet	D
C76.2	Ca ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen	D
C76.3	Ca ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken	D
C76.4	Ca ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität	D

ICD 10	Klartext	Krankheit
C77.2	Sekundäre und n. n. bez. Ca: Intraabdominale LK	D
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	C/D
C78.5	Sekundäre Ca des Dickdarmes und des Rektums	C/D
C78.6	Sekundäre Ca des Retroperitoneums und des Peritoneums	C/D
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber	C/D
C78.8	Sekundäre Ca sonst. und n. n. bez. Verdauungsorgane	C/D
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	D
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer Remi	D
D37.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Magen	C
D37.2	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Dünndarm	C
D37.3	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Appendix vermiformis	C
D37.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Kolon	C
D37.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Rektum	C
D37.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge	C
D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pankreas	C
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane	C
D37.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Verdauungsorgan, nicht näher bezeichnet	C
E 83.0	Störungen des Kupferstoffwechsels (z.B. Morbus Wilson)	B
E 83.1	Störungen des Eisenstoffwechsels (Hämochromatose)	B
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen	A
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	A
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	A
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung	A
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	A
K20	Ösophagitis	A
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	A
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	A
K22.0	Achalasie der Kardia	A
K22.2	Ösophagusverschluss	A
K22.3	Perforation des Ösophagus	A
K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	A
K22.5	Divertikel des Ösophagus, erworben	A
K22.7	Barrett-Ösophagus	A
K22.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus	A
K22.9	Krankheit des Ösophagus, nicht näher bezeichnet	A
K23.1	Megaösophagus bei Chagas-Krankheit	A
K23.8	Krankheiten des Ösophagus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	A
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	A
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	A
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens	A
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre	A
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend	A
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	A
K51.0	Ulzeröse (chronische) Enterokolitis	A
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis	A

ICD 10	Klartext	Krankheit
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis	A
K51.4	Pseudopolyposis des Kolons	A
K51.5	Proktokolitis der Schleimhaut	A
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa	A
K56.0	Paralytischer Ileus	B
K56.1	Invagination	B
K56.2	Volvulus	B
K56.3	Gallensteinileus	B
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	B
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus	B
K56.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter mechanischer Ileus	B
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	B
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	B
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	B
K70.4	Alkoholisches Leberversagen	B
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	B
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	B
K72.1	Chronisches Leberversagen	B
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	B
K73.0	Chronische persistierende Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	B
K73.1	Chronische lobuläre Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	B
K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	B
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	B
K74.0	Leberfibrose	B
K74.1	Lebersklerose	B
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose	B
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	B
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose	B
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet	B
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	B
K75.0	Leberabszess	B
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	B
K76.3	Leberinfarkt	B
K76.7	Hepatorenales Syndrom	B
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	B
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	B
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	B
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	B
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	B
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	B
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	B

Anhang 4.1 zu Anlage 17 PNP-Vertrag – Modul Neurologie

Versorgungs- und Leistungsinhalte Neurologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
Neurologische Versorgung im allgemeiner Überblick <u>ohne Indikationsbezug</u>	
Hausarztzebene Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den neurologischen Krankheitsbildern, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag Gliederung des Begleitschreibens a) Basisdaten <ul style="list-style-type: none">▪ Kassenkopf▪ Grund der Überweisung / Fragestellung b) Wichtige medizinische Daten wie <ul style="list-style-type: none">▪ Somatische Diagnosen▪ Bekannte relevante Vorbehandlungen	Neurologische Leistungen 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag 2. Allgemeine Neurologie 2.1 Neurologische Anamnese <ul style="list-style-type: none">• Eigenanamnese• Soziale Anamnese• Familienanamnese• Fremdanamnese 2.2 Neurologische Untersuchungen (Basis) Neurologischer Befund <ul style="list-style-type: none">• Zerebrale Funktionen• Neurologisch-topische Diagnostik• Motorik mit Inspektion, Feinmotorik, Muskeltonus, passiv und aktiv, Reflexe Koordination wie Gangbild, Steh- und Tretversuche, Zielbewertungen usw., Sensibilität• Indikationsbezogene Prüfung von Allgemeinstatus und Vegetativum 2.3 ggf. apparative Diagnostik je nach diagnostischer Fragestellung: <ul style="list-style-type: none">• Liquorpunktion, EEG, Langzeit EEG, NLG, EMG, Neurosonologie, Evozierte Potentiale,• Elektronystagmographie, Posturographie, Schluckdiagnostik, Schlafpolygraphie, Neuropsychologische Testverfahren, Biopsien• Einleitung bildgebender und sonstiger Verfahren, usw. je nach Differentialdiagnose

<ul style="list-style-type: none">▪ Vorliegende Befunde und veranlasste Untersuchungen▪ Medikamentenplan <p>Die Behandlung von neurologischen Not-/Akutfällen erfolgt am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.</p>	<p>2.4 Therapie</p> <ul style="list-style-type: none">• Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger• Leitlinien, ggf. inkl. Akupunktur <p>2.5 Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none">• Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten• Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z.B.• Gesundheitsangebote, Vertrauensvolle und vertrauliche• Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis, mit dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK <p>2.6 Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• Strukturierter Befundbericht Neurologie symptom- und krankheitsbezogen vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung <p>2.7 Ggf. Hausbesuch</p>
---	--

Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Zerebrovaskulären Krankheiten	
Hausarztbene Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den Zerebrovaskulären Erkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	Neurologische Leistungen <ol style="list-style-type: none">1. Dokumentation<ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• Sekundärkomplikationen werden gesondert verschlüsselt, z.B. neurogene Blasenstörungen N31.--,2. Diagnostik<ul style="list-style-type: none">• im Akutfall: sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich, wenn möglich auf eine Schlaganfallstation• ggf. Erfassung von bleibenden funktionellen Defiziten,• ggf. neuropsychologische Testung**• (**= Ausführungen mit Indikationsstellung und –Art folgen gemäß GBA-Beschluß 2011)3. apparative Diagnostik,<ul style="list-style-type: none">• ggf. Neurosonologie:• ggf. EEG, evozierte Potentiale, Liquorpunktion, EEG, Langzeit EEG, NLG, EMG Evozierte Potentiale (VEP, SEP; AEHP, MEP), Elektronystagmographie, Posturographie, Schluckdiagnostik, Schlafpolygraphie, Neuropsychologische Testverfahren.• ggf. Veranlassung Bildgebung• ggf. Veranlassung weiterer fachärztlicher Untersuchungen• ggf. Erbringung / Veranlassung von Laborleistungen• Vermeidung von Doppeluntersuchungen gemäß4. Therapie<p>Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung anhand gültiger Leitlinien</p><ul style="list-style-type: none">• Risikoanalyse s.o.• bei Folgen: Alltagsfunktionale Bewertung der Defizite interdisziplinär frühzeitig zu beachten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose in Abhängigkeit von klinischen Untersuchungsbefunden einschl. familiäre und berufliche Situation sowie Umfeld, Abschätzung der Motivation und Prognose, breite Unterstützung der Alltagsbewältigung:• Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant), zu Heilmitteln

und Hilfsmitteln sowie auch

- ggf. zur Pflegeversicherung, häuslichen Krankenpflege, Hinweis auf Pflegeberatung (z.B. Sozialer Dienst AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK), Rehabilitationssport
- ggf. hypothesengeleitete neuropsychologische Diagnostik und Behandlung
- ggf. Psychotherapie
- ggf. antidepressive Medikation.

- Beratung zur rationalen Pharmakotherapie
- Prävention nach einem Schlaganfall im Verlauf mit konsequenter Therapie und Beratung Lebensstil, auch Blutdruckeinstellung, Gewicht, Nikotinkarenz, Ausdauertraining usw. in Abstimmung mit dem Hausarzt (auch ARRIBA)
- Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem Hausarzt
- Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen

- Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
- Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
- Häusliche Situation und Wohnen
- Pflege/ Psychiatrische Pflege
- Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
- Alltagsbewältigung/ Mobilität
- Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
- Sozialrechtliche Beratung.

- Deutsche Schlaganfallhilfe www.schlaganfall-hilfe.de

5. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten, ○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und ▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung ▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>6. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
<p>Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose</p>	
<p>Hausarztbene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol • Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den demyelinisierenden Erkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag</p>	<p>Neurologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag • Aktuell vorhandene Manifestationen sind zusätzlich zu kodieren, sofern die • Behandlungsdiagnose gesichert wurde. • Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht. <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • spezielle Diagnostik je nach neurologischer oder/und psychiatrischer Symptome • Diagnosekriterien nach McDonald 2001 bzw. Revision 2005, • vegetative Diagnostik • ggf. Neuropsychologische Testungen, z.B. MUSIC-Test, FACES-SYMBOL-Test (Zeitaufwand 30-60 Minuten), • ggf. BDI bei Verdacht auf Depression, ggf. Fatigue-Fragebogen u.a. <p>3. apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Liquorpunktion • ggf. evozierte Potentiale

- ggf. EEG
- Veranlassung Bildgebung, hier ggf. auch Bewertung im Verlauf
- Dokumentation EDSS Expanded Disability Status Scale

4. Therapie

Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung anhand gültiger Leitlinien

- Nicht-medikamentös:
 - Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Impfungen, Schwangerschaft usw. nach Leitlinien DGN und Empfehlungen des Kompetenznetzwerkes MS
- Medikation
Zeit für Beratung erforderlich zur
 - a) Therapie der Grunderkrankung
 - aa) Immunmodulatorische Behandlung (Basistherapie):
Jeweils abhängig von der klinischen Verlaufsform
 - bb) Eskalationstherapie (Mitoxantron und andere Chemotherapeutika usw.) mit besonderem Aufwand (vgl. Anlage 2, Qualitätsanforderungen)
 - b) Schubbehandlung als Infusionsbehandlung mit hochdosiertem Cortison i.V. (Qualitätsanforderungen Anlage 2) Indikationsstellung beim Facharzt, in Abstimmung mit dem Hausarzt,
- ggf. Monitoring von Diabetes, Osteoporose (unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters in Abstimmung mit dem Hausarzt)
- c) symptomatische Behandlung von Spastik, Blasenstörungen, Depression, Schmerz, Fatigue
- somatische Ausschlussdiagnostik (z.B. auch kardiologisch wegen Chemotherapie usw.)
- Monitoring mit regelmäßigen Laborkontrollen
- im Verlauf Erfassung der funktionellen Defizite: z.B. bei Blasenstörungen Schnittstelle zum Urologen, bei Kinderwunsch/Schwangerschaft Schnittstelle zum Frauenarzt usw.
- ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik beim Psychotherapeuten/Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt

- Beratung zu Hilfsmitteln ggf. wie Orthesen, Physiotherapie, SPK, PEG-Sonde usw.
- Selbsthilfe Deutsche MS Gesellschaft
- www.dmsg.de
- Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem Hausarzt
- Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen
 - Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
 - Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
 - Häusliche Situation und Wohnen
 - Pflege/ Psychiatrische Pflege
 - Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
 - Alltagsbewältigung/ Mobilität
 - Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
 - Sozialrechtliche Beratung

5. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung
 - Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit

	6. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung gemäß Anhang 1
Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Epilepsie	
Hausarztebene Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den epileptischen Erkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	Neurologische Leistungen 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht, 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• Ausführliche Anamnese zur Ausgestaltung des Anfallgeschehens (Semiologie), typologische Zuordnung, Beurteilung bereits durchgeführter Bildgebung zur Diagnostik des Gehirns, ggf. neuropsychologische Testung (s.o.)• Untersuchung auf neurologische, neuropsychiatrische und kognitive Defizite• Anamnese zum sozialen Umfeld (Familienstand, Angehörige, Partner, Beruf) mit Hinsicht auf erfolgreiche Behandlung (Compliance, krankheitsbedingte Beeinträchtigung) auf Wunsch des Patienten 3. apparative Diagnostik Stufen-Diagnostik: <ul style="list-style-type: none">• EEG, ggf. Schlafentzugs-EEG, EEG mit Provokation• ggf. Langzeit-EEG• ggf. Video-Langzeit-EEG• Labor einschl. Kontrollen• Veranlassung Bildgebung• ggf. Veranlassung Schnittstelle zum Kardiologen/Internisten in Abstimmung mit dem Hausarzt, z.B. zum Ausschluss von kardialen Ursachen von Synkopen, endokrinologischen Ursachen usw., ggf. Schnittstelle zum Psychiater bei Verdacht auf dissoziativen Anfällen, ggf. Schnittstelle zum Frauenarzt bei Kinderwunsch/Schwangerschaft.

4. Therapie

Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung nach den aktuell gültigen Leitlinien

- Medikamentös
 - Medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien
 - Zeit für Beratung zur Medikation mit dem Behandlungsziel Anfallsfreiheit und möglichst geringe Nebenwirkungen der Therapie
 - Einleitung einer Monotherapie, Überprüfung der Wirksamkeit, Umstellung auf zweite Monotherapie, Kombinationstherapie
- Monitoring
 - ggf. Labor, EEG,
 - Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem Hausarzt
- Nicht-medikamentöse Therapie
 - Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft (EURAP-Register) und Kinderwunsch, Fahrtauglichkeit, Freizeitverhalten, Vermeidung von Auslösern, Gefährdungsbeurteilung in Schule, Ausbildung und Beruf nach Formblatt BGI 585, Langzeitwirkungen der Antiepileptika, zu Therapiehilfen wie Anfallskalender usw., hier besonders wichtig bei der Erstdiagnose auch auf Basis der Leitlinien der DGN und der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie, Beratung zu Anfallskalender, Protokollführung
 - ggf. Kombinationstherapie,
 - zur Überprüfung und bei Pharmakotherapieresistenz Hinzuziehung einer epileptologischen Schwerpunktpraxis
 - ggf. Klärung operativer Behandlungsmöglichkeiten, Nachbetreuung (VAGUS-Stimulatoren und ähnliche, in Schwerpunktpraxen, Qualitätsanforderungen in Anlage 2)
 - ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik beim Psychotherapeuten/Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt
 - ggf. weitere Behandlung von Komorbiditäten bei angeborenen oder symptomatischen

	<p>Hirnschädigungen</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern○ Alltagsbewältigung/ Mobilität○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung <p>5. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der<ul style="list-style-type: none">○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>6. Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem Hausarzt</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter
--	--

	endstelliger Verschlüsselung
Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Parkinson und Extrapiramidalen Syndromen	
Hausarztbene Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den extrapyramidalen Erkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	Neurologische Leistungen 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht. 1.1 Parkinsonsyndrome 1.1.1 Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• Anamnese und Fremdanamnese, Klinik, Stadieneinteilung nach Hoehn und Yahr• ggf. EEG, Liquorpunktion, EMG, Sonographie• Bildgebung• Differentialdiagnostik• Bei Immobilisation Komplikationen und Komorbiditäten wie urologische Komplikationen, Osteoporose, Embolien, Gelenkversteifungen, Pneumonien usw., ggf. neuropsychologische Testung. 1.1.2 Therapie <ul style="list-style-type: none">• Medikation• Therapiekontrolle• ggf. operativ bei konservativ nicht beherrschbarem Krankheitsbild 1.2 Atypische Parkinsonsyndrome, Dystonien, Essentieller Tremor, Chorea Huntington, degenerative Basalganglienerkrankungen und andere Bewegungsstörungen 1.2.1 Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• wie bei Parkinson und zusätzlich Labor zum Gennachweis• Bedarf einer besonders aufwändigen differentialdiagnostischen Abklärung und individuellen therapeutischen Strategie sowie auch sozialmedizinisch intensiver

	<p>Begleitung und Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none">• (s. Parkinson als Vorlage) <p>1.2.2 Therapie/Versorgungsplan</p> <ul style="list-style-type: none">• wie bei Parkinson• zusätzlich Botulinumtoxin Injektionsbehandlungen <p>2. Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung nach aktuell gültiger Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none">• Nicht-medikamentös:<ul style="list-style-type: none">• Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Selbsthilfe usw., Rücksprache mit den Angehörigen• Therapiekontrolle mit Wirkungsfluktuationen (ICD .)• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern○ Alltagsbewältigung/ Mobilität○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung• Selbsthilfegruppen Dt. Parkinson Vereinigung• Kompetenznetz Parkinson• Selbsthilfegruppe Bundesverband Torticollis e.V.,• Dt. Dystonie Gesellschaft e.V.
--	--

	<p>3. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der<ul style="list-style-type: none">○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>4. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Demenz	
<p>Hausarztbene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den Demenzerkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p>	<p>Neurologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none">• korrekt endstellig nach ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• Demenz einschl. frontotemporale Demenz, Lewykörperchen-Demenz u.a.• für die gesicherte Diagnose der Demenz müssen spezifische Symptome und Störungen mindestens sechs Monate bestanden haben. <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausführliche Eigen- und Fremdanamnese unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenanamnese und Komorbiditäten erforderlich.• Neurologische und psychiatrische Untersuchung• Bildgebung

**Begleitschreiben von HAUSARZT an
NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-
Vertrag**

- EEG
- ggf. Neurosonologie,
- ggf Labor
- ggf. psychologische Testverfahren

3. Therapie

Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung nach aktuell gültiger Leitlinie

1. Medikamentös :
 - a) Antidementive Therapie mit regelmäßiger Prüfung der Wirksamkeit
 - b) Therapie der neuro-psychiatrischen Symptome, insbesondere Aggressivität, Schlafstörungen etc.
 - c) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen wie z.B. einer PEG-Anlage bei Schluckstörungen
 - Praxispersonal der Facharztpraxis soll sich in Abstimmung mit dem Hausarzt zeitgerecht (gemäß Krankheitsverlauf) vernetzen mit
 - dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK für die sozialrechtlichen Fragen, Rehabilitationsberatung, Pflegeberatung
- Nicht-medikamentös:
 - weiterführende neuropsychologische Testverfahren (wie CERAD Batterie, HAWIE, Boston Naming Test, Syndrom Kurz Test, ADAS- cog und andere)
 - Zeit für Mitteilung der Diagnose, ausführliche sozialmedizinische Beratung auch zum Betreuungsverfahren, Aufklärung über Verlauf der Erkrankung, Beratung zur Lebensplanung, einschließlich Beratung der Angehörigen
 - nicht-medikamentöse Therapie (Kognitives Training, Realitätsorientierung, ergotherapeutische Maßnahmen, körperliche Aktivitäten, künstlerische Therapien, sensorische Therapieverfahren, Pflege)
 - im Verlauf Zeit für Beratung erforderlich zur Anpassung der häuslichen Pflegesituation
 - Schutz der Gesundheit von pflegenden Angehörigen, Unterstützung bei der häuslichen Lebensführung, ggf. in Abstimmung mit ambulanten Pflegediensten, sozialem Dienst der AOK/ Patientenbegleitung der Bosch BKK
 - Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK- Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche

Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen

- Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
- Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
- Häusliche Situation und Wohnen
- Pflege/ Psychiatrische Pflege
- Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
- Alltagsbewältigung/ Mobilität
- Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
- Sozialrechtliche Beratung

- Selbsthilfe Deutsche Alzheimer Gesellschaft
- Kompetenznetz Demenz e.V.

4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung
 - Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit

5. Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem Hausarzt

6. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung

- strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit

	korrekter endstelliger Verschlüsselung
Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Polyneuropathie	
Hausarztbene	Neurologische Leistungen
Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den Polyneuropathien, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht. 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• Sensibilitätsstörungen, motorisch, vegetativ chronisch progrediente Entwicklung• Klinisch, Vibrationsempfindung• Labor (bei richtungsweisenden pathologischen Befunden weitere Abklärung durch den Hausarzt), NLG, EMG,• ggf. Liquoruntersuchung, Nerven-, Muskelbiopsie usw. 3. Therapie <p>Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung nach aktuell gültigen Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none">• Nicht-medikamentös:<ul style="list-style-type: none">• ggf. Ergotherapie, physikalische Stimulation, Mobilisation, Physiotherapie, Behandlung der Grunderkrankung, Ausschaltung der Noxen• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe

- Häusliche Situation und Wohnen
- Pflege/ Psychiatrische Pflege
- Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
- Alltagsbewältigung/ Mobilität
- Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
- Sozialrechtliche Beratung
- Selbsthilfegruppen Gesprächskreis für Menschen mit Polyneuropathie

- **Medikamentös:**
 - Falls möglich ursächliche Therapie
 - Symptomatische Behandlung von Reizerscheinungen und Schmerzen usw.

 - Schnittstellen-Betreuung je nach Ursache mit Hausarzt und anderen gemeinsam z.B. bei Alkohol, Diabetes usw.

- 4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK**
 - Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung
 - Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit

- 5. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung**
 - strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung

Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	
Hausarztbene	Neurologische Leistungen
Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an NEUROLOGEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag• Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptomen durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht. 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• je nach Ursache, frühzeitige Vorstellung zur Erfassung von neurologischen Defiziten zur optimierten interdisziplinären• Versorgungsplanung, ggf. apparative Diagnostik unter Vermeidung von Doppeluntersuchungen 3. Therapie <p>Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung nach aktuell gültiger Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none">• Nicht-medikamentös<ul style="list-style-type: none">• umfassende Beratung und Betreuung auch sozialmedizinisch, psychosomatisch unter Berücksichtigung schwer beeinflussbarer chronischer Schmerzsyndrome• symptomatisch vielseitig mit Pflege, Rehabilitation, Hilfsmittel, Blasentraining, Ergotherapie usw.• ggf. auch Stellungnahme zur Notwendigkeit invasiver und operativer Behandlungsmethoden• Betreuung von Pumpenpatienten• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst

	<p>der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß insbesondere zu folgenden Themen</p> <ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern○ Alltagsbewältigung/ Mobilität○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung <ul style="list-style-type: none">• Medikamentös<ul style="list-style-type: none">• Spezielle Medikation je nach Anlass und Ursache <p>4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit von NEUROLOGEN/NERVENARZT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der<ul style="list-style-type: none">○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>5. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
--	--

Anhang 4.1 zu Anlage 17 PNP-Vertrag – Modul Psychiatrie

Versorgungs- und Leistungsinhalte Psychiatrie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
Psychiatrische Versorgung im allgemeiner Überblick <u>ohne Indikationsbezug</u>	
<p>Hausarztbene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol • Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den psychiatrischen Krankheitsbildern, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag</p> <p>Gliederung des Begleitschreibens</p> <p>a) Basisdaten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassenkopf ▪ Grund der Überweisung / Fragestellung <p>b) Wichtige medizinische Daten wie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatische Diagnosen 	<p>Psychiatrische Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag 2. Anamnese <ul style="list-style-type: none"> • psychiatrische Anamnese • Sichtung der Vorbefunde, Behandlungen und Bewertungen • psychopathologischer Befund 3. Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> • Z.B. ggf. EEG 1. Therapie gemäß aktuell gültiger Leitlinien <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien • Erstellung eines individuellen Behandlungs-/ Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik und gegebenenfalls Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie auf Basis aktueller Leitlinien 4. Beratungen <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z.B. Gesundheitsangebote, Vertrauensvolle und vertrauliche • Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis, mit dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK 5. Kooperation mit Psychotherapie

<ul style="list-style-type: none">▪ Bekannte relevante Vorbehandlungen▪ Vorliegende Befunde und veranlasste Untersuchungen▪ Medikamentenplan <p>Die Behandlung von psychiatrischen Not-/Akutfällen erfolgt am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.</p>	<p>6. Ggf. Hausbesuch</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• Strukturierter Befundbericht Neurologie symptom- und krankheitsbezogen vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
---	--

Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Wahn und psychotischen Erkrankungen	
Hausarztbene Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen• Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer Übersicht zu den psychotischen Erkrankungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag	Psychiatrische Leistungen 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• störungsspezifisch und unter Berücksichtigung einer möglichen Komorbidität auch in Abstimmung mit dem Hausarzt• Früherkennung der Diagnose bei den meist jungen Menschen erforderlich für die Lebensplanung• Prüfen der Ich-Funktionen, der Wahrnehmung, der Affektivität, des Antriebs und der Psychomotorik, Störungen des Denkens, Zwangssymptome• Plusssymptome: Wahn, Halluzination, formale und inhaltliche Denkstörungen, psychomotorische Symptome• Minussymptome 6xA: wie Apathie, Aufmerksamkeitsstörungen, Affektverflachung, Alogie (Sprachverarmung), Anhedonie (Unfähigkeit zur Freude), Asozialität, kognitive Störungen, Antriebsstörungen, emotionale Störungen u.a. 2. Therapie gemäß aktuell gültiger Leitlinien <ul style="list-style-type: none">• Medikamentös:<ul style="list-style-type: none">• Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplans mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation gemäß Rationaler• Pharmakotherapie und über die Nebenwirkungen• Nicht-medikamentös:<ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie• Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik ggf. unter Einbeziehung und /oder auch• Anleitung der Angehörigen/Familie z.B. 3. Koordination von ggf.: <ul style="list-style-type: none">• Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien• Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege,

	<p>Familienhilfe</p> <ul style="list-style-type: none">• Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben• Sozialmedizinische Beratung• Soziotherapie• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern○ Alltagsbewältigung/ Mobilität○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung• Suchtberatung etc.• Beratung zur Betreuung• Beratung zur Behandlungsvollmacht• Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung)• Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit• Aufklärung und Patientenschulung: ausführliche Information über Erkrankung, Medikation, Wirkung und Nebenwirkungen• Einberufung einer Fallkonferenz / Hilfeplankonferenz bei multiprofessioneller Beteiligung und schwieriger sozialer Situation, z.B. wenn ein halbes Jahr keine Besserung auf der Basis des GAF.• Monitoring gemäß aktueller Leitlinien• Krisenintervention bei akuter Dekompensation mit engmaschigen Kontrollen ggf. täglich <p>4. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none">• Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung <p>5. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der <ul style="list-style-type: none"> ○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten ○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und ▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung ▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>6. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>7. Telefonmonitoring</p> <p>8. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Multiplen Persönlichkeitsstörungen	
<p>Hausarztbene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol • Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den multiplen Persönlichkeitsstörungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p>	<p>Psychiatrische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss organischer Ursachen (in Abstimmung mit dem Hausarzt) • Abklärung von Komorbidität und Suizidalität und Konfliktbereichen, ggf. Minderung der Leistungsfähigkeit, Leidensdruck • Ggf. Testpsychologie • Ggf. Fremdanamnese • Biografische Anamnese zur diagnostischen Verifizierung <p>3. Therapie gemäß aktuell gültiger Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös:

**Begleitschreiben von HAUSARZT an
PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-
Vertrag**

- symptomorientiert und/oder die jeweilige komorbide Erkrankung berücksichtigend
- Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplans mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation und die
- Nebenwirkungen ggf. unter Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

- Nicht-medikamentös:
 - Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie

- 3. Koordination von ggf.:**
 - Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien
 - Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe
 - Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Sozialmedizinische Beratung
 - Soziotherapie
 - Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen
 - Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
 - Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
 - Häusliche Situation und Wohnen
 - Pflege/ Psychiatrische Pflege
 - Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
 - Alltagsbewältigung/ Mobilität
 - Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
 - Sozialrechtliche Beratung
 - Anbindung an Suchtberatung erforderlich
 - Einbindung in Selbsthilfegruppe
 - Beratung zur Betreuung
 - Beratung zur Behandlungsvollmacht
 - Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung)
 - Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit u.a.

	<p>4. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung <p>9. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der <ul style="list-style-type: none"> ○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten ○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und ▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung ▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung gemäß Anlage 17 Anhang 1
<p>Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen</p>	
<p>Hausarztebene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol 	<p>Psychiatrische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss möglicher organischer Ursachen der körperlichen Beschwerden, in Abstimmung mit dem Hausarzt

<ul style="list-style-type: none">• Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den Angststörungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag</p>	<ul style="list-style-type: none">• Allgemeine psychiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung einer breiten Differentialdiagnostik zu unterschiedlichen Formen der Angst• Klärung von psychischen Komorbiditäten, häufig mit Depressionen, Sucht, Zwang, somatische Erkrankungen, Differentialdiagnostik• Fremdanamnese• Biografische Anamnese (z.B. Traumatisierung)• Ausschluss körperlicher Erkrankungen in Abstimmung mit dem Hausarzt <p>4. Therapie gemäß aktuell gültiger Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none">• Medikamentös<ul style="list-style-type: none">• Erstellen eines Behandlungsplans mit Beratung über Erkrankung, Medikation und Nebenwirkungen• Nicht-medikamentöse Therapie<ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie <p>3. Koordination von ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien• Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe• Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben• Sozialmedizinische Beratung• Soziotherapie• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
--	---

	<ul style="list-style-type: none">○ Alltagsbewältigung/ Mobilität○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung• Suchtberatung etc.• Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung)• Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit <p>4. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none">• Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung <p>5. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der<ul style="list-style-type: none">○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>6. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>7. Telefonmonitoring</p> <p>8. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
--	---

Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Affektiven Störungen

Hausarztbene

Erhebung von

- Labor
- Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression
- regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen
- Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol
- Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer

Übersicht zu den Affektiven Störungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.

Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag

Psychiatrische Leistungen

1. Dokumentation

- Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag
- die differenzialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40-F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu berücksichtigen.

2. Diagnostik

- Früherkennung in der hausärztlichen Versorgung meist auf Basis des 2-Fragen-Tests
- Differenzierte Diagnosestellung mit leitlinienkonformer Diagnostik gemäß Kriterien nach ICD-10 auf der Basis von Haupt- und Zusatzsymptomen in die Schweregrade leicht, mittel, schwer
- Akute Suizidalität ist ein Einweisungsgrund in die stationäre Behandlung

3. Therapie gemäß aktuell gültiger Leitlinien

- Medikamentös:
 - Leitlinienkonform und gemäß Rationaler Pharmakotherapie als Akuttherapie, Erhaltungstherapie, Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe, bei leichten Depressionen auch Johanniskraut
 - Antidepressiva, ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer SSRI u.a. einschleichend,
 - sorgfältige Beobachtung von Komorbiditäten, Geschlecht, Alter usw.
 - Bei mittelgradigen Depressionen gilt die Psychotherapie oder Medikation als gleichwertig und wird je nach Wunsch des Patienten eingesetzt
 - Bei schwerer depressiver Episode medikamentöse Therapie und Psychotherapie
 - Monitoring der pharmakologischen Behandlung
- Nicht-medikamentös:
 - Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie

4. Koordination von ggf.:

- Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien

- Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe
 - Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Sozialmedizinische Beratung
 - Soziotherapie
 - Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen
 - Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
 - Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
 - Häusliche Situation und Wohnen
 - Pflege/ Psychiatrische Pflege
 - Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
 - Alltagsbewältigung/ Mobilität
 - Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
 - Sozialrechtliche Beratung
 - Suchtberatung etc.
 - Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung)
 - Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit
- 5. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung**
- Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung
- 6. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK**
- Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung ▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>7. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>8. Telefonmonitoring</p> <p>9. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
<p align="center">Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Akuter und Posttraumatischer Belastungsstörung</p>	
<p>Hausarztbene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol • Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den akuten/ posttraumatischen Belastungsstörungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag</p>	<p>Psychiatrische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitnah diagnostische Interviews bei psychischen Störungen DIPS oder andere <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös : <ul style="list-style-type: none"> • Je nach Risikokonstellation ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer SSRI u.a.. • Bei akuter Belastungsreaktion sehr zurückhaltende medikamentöse Therapie, keine Benzodiazepine • Nicht-medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote • Motivation zur Lebensbewältigung und Koordination von Unterstützungsangeboten • Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung • Bei akuter Belastungsreaktion: Ruhe, Sicherheit herstellen und vermitteln, eine vertraute Bezugsperson zur Verfügung stellen, Information zur Reaktion, abwartendes und beobachtendes Verhalten

4. Koordination von ggf.:

- Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien
- Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe
- Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Sozialmedizinische Beratung
- Soziotherapie
- Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen
 - Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit
 - Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe
 - Häusliche Situation und Wohnen
 - Pflege/ Psychiatrische Pflege
 - Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern
 - Alltagsbewältigung/ Mobilität
 - Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
 - Sozialrechtliche Beratung
 -

5. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung

- Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung

6. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung

	<p>der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>7. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>8. Telefonmonitoring</p> <p>9. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
<p>Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Psychischen- Verhaltensstörungen</p>	
<p>Hausarztebene</p> <p>Erhebung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Vor- und Begleitbehandlungen, z.B. Depression • regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und evtl. Nebenwirkungen • Verhalten und Lebensstil, z.B. Nikotin, Alkohol • Soziale Daten, z.B. Beruf, ggf. Betreuer <p>Übersicht zu den Psychischen- und Verhaltensstörungen, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar.</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an PSYCHIATER Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag</p>	<p>Psychiatrische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 PNP-Vertrag • Verhaltensstörungen wie Anorexia nervosa ist mit F50.0, Pathologisches Spielen ist mit F63.0 zu verschlüsseln • Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung ist mit F70-F73.0-2 zu verschlüsseln • Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch sind mit F10-F19.- zu verschlüsseln. <p>1.1 Psychische und Verhaltensstörungen (Essstörungen und z.B. Pathologisches Spielen)</p> <p>1.1.1 Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung zur Vermeidung von Chronifizierung • Klärung von Komorbiditäten und evtl. Differenzierung von Primär- und Sekundärerkrankungen <p>1.1.2 Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • Unter Vorbehalt, weil multimodale individuelle Betreuung im Vordergrund steht • Ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer bei Impulskontrollstörung • Nicht-medikamentös

	<ul style="list-style-type: none">• Multimodales Vorgehen je nach Lebenssituation mit Förderung der Autonomie und Identität bei Anorexie• Motivation zur Lebensbewältigung• Beratung zum Lebensstil• ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie <p>1.2 Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung</p> <p>1.2.1 Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none">• Intelligenztest zur Quantifizierung der Intelligenzminderung <p>1.2.2 Therapie</p> <ul style="list-style-type: none">• Medikamentös:<ul style="list-style-type: none">• Die Behandlung richtet sich nach der zugrunde liegenden Symptomatik• Nicht-medikamentös<ul style="list-style-type: none">• Pädagogische Hilfen, Anleitung von Angehörigen <p>2. Koordination von ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien• Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe• Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben• Sozialmedizinische Beratung• Soziotherapie• Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK insbesondere zu folgenden Themen<ul style="list-style-type: none">○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe○ Häusliche Situation und Wohnen○ Pflege/ Psychiatrische Pflege○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern○ Alltagsbewältigung/ Mobilität
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe○ Sozialrechtliche Beratung <p>3. Psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none">• Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung <p>4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit von PSYCHIATER und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK kann wechselseitig erfolgen und dient der<ul style="list-style-type: none">○ Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none">• strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
--	--

Anhang 4.1 zu Anlage 17 PNP-Vertrag – Modul Psychotherapie

Versorgungs- und Leistungsinhalte Psychotherapie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
1. Psychotherapeutische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik – hier allgemeiner Überblick <u>ohne Indikationsbezug</u>	
Hausarztbene Vor Überweisung eines Patienten zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik oder/und Behandlung ist eine mögliche somatische Ursache auszuschließen. Erhebung von <ul style="list-style-type: none">• Labor• regelmäßiger Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen• Komorbiditäten• relevanten Auffälligkeiten, z.B. Lebensstil, Verhaltensstörungen z.B. durch psychotrope Substanzen wie Alkohol oder Tabak Engmaschige hausärztliche Betreuung von Patienten z.B. mit leichter depressiver Episode F32.0 z.B. psychische und Verhaltens-Störungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch F10.1 Übersicht zu den psychischen und neurologischen Krankheitsbildern, für die eine zeitnahe, leitlinienorientierte und vernetzte Versorgung im PNP-Vertrag vorgesehen wird, stellt Anlage 17 Anhang 4.3 HZV-Vertrag dar. Begleitschreiben von HAUSARZT an	Psychotherapeutische Leistungen Psychotherapeutische Behandlungsverfahren <ul style="list-style-type: none">• Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie• Verhaltenstherapie• Systemische Therapie Psychotherapiemethoden oder –techniken <ul style="list-style-type: none">• Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung in kleinen (2 bis 4 Personen) und in großen (5 bis 9 Personen) Gruppen• EMG, Biofeedback, EMDR, IPT 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none">• Ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT wird innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. bei Eigen- und Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, Notwendigkeit einer somatischen Abklärung oder psychiatrischer Mitbehandlung wie auch zum Therapieende übermittelt (Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag).• Dokumentation von gesicherten endstelligen Diagnosen nach ICD-10.• Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig vom PSYCHOTHERAPEUTEN die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag). 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none">• Durchführung einer leitliniengemäßen multiaxialen Diagnostik und Exploration des Patienten.

PSYCHOTHERAPEUTEN Anhang 4.2 zu Anlage 17 HZV-Vertrag

Gliederung des Begleitschreibens

a) Basisdaten

- Kassenkopf
- Grund der Überweisung / Fragestellung

b) Wichtige medizinische Daten wie

- Somatische Diagnosen
- Bekannte relevante Vorbehandlungen
- Vorliegende Befunde und veranlasste Untersuchungen
- Medikamentenplan

Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist vom PSYCHOTHERAPEUTEN eine einmalige Anforderung eines somatischen Befundberichts beim HAUSARZT erforderlich (Anhang 4.2 Anlage 17 HZV-Vertrag).

3. Therapie

- Je nach Art und Schweregrad der Erkrankung leitliniengerechter Einsatz von Psychotherapieverfahren, -methoden oder -techniken
- Das Angebot einer auf Modulen basierenden Psychotherapie mit flexibilisiertem Einsatz der Therapieverfahren, -methoden und/oder -techniken ermöglicht eine individualisierte, am Patientenbedarf orientierte Psychotherapie.
- Frühzeitiger Therapiebeginn durch Wegfall des Gutachterverfahrens (ausgenommen Psychoanalyse)

4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Vorstellung des Patienten mit komplexem Hilfebedarf beim Psychotherapeuten durch den Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK für eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung zur
 - nahtlosen Versorgung nach stationärem Aufenthalt
 - Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
 - Rückfallprophylaxe bei drohendem Rückfall nach abgeschlossener Psychotherapie
- Zusammenarbeit von PSYCHOTHERAPEUT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK wie auch die
- Einberufung einer Hilfeplankonferenz im Rahmen der Jugend- und Erziehungshilfe sowie Jugendberufs- und Behindertenhilfe dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, therapeutischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,
 - Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung
 - Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit

Beispiel Versorgungsweg Affektive Störungen

Eingangsdiagnostik am Beispiel der depressiven Störungen

1. Differentialdiagnostik der Depression

- Der differentialdiagnostischen Klassifikation depressiver Störungen gemäß ICD-10 - im Kontext der affektiven Störungen - liegt ein mehrstufiger klinischer Entscheidungsprozess zugrunde.
 - Ggf. Durchführung mithilfe von Erfassungsinstrumenten, wie z.B.: SKID, BDI, HAM-D, SCL 90, BL, HADS-D und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests (Ausprägung und Anzahl der Symptome entsprechen den ICD-10 Kriterien) usw.
- 2. Verlaufsdiagnostik**
- durch entsprechende verlaufssensible Erfassungsinstrumente, wie z.B. BDI, HAM-D, SCL 90, BL, Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) usw..
- 3. Behandlungsplan**
- Je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, Interpersonelle Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) wird der Behandlungsplan erstellt.
 - Ab einer schweren Depression ist eine parallele medikamentöse Therapie beim Facharzt gemäß Leitlinie indiziert.
 - Bei Manie und bipolaren Störungen ist eine parallele medikamentöse Therapie ebenso indiziert.
- 4. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK**
- Vorstellung des Patienten mit komplexem Hilfebedarf beim Psychotherapeuten durch den Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK für eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung zur
 - nahtlosen Versorgung nach stationärem Aufenthalt
 - Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
 - Rückfallprophylaxe bei drohendem Rückfall nach abgeschlossener Psychotherapie
 - Kontaktaufnahme zu einer Zusammenarbeit von PSYCHOTHERAPEUT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK wie auch die
 - Einberufung einer Hilfeplankonferenz im Rahmen der Jugend- und Erziehungshilfe sowie Jugendberufs- und Behindertenhilfe dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, therapeutischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,

- Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch
 - Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und
 - Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung
 - Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit

Beispiel Versorgungsweg Alkoholsucht

1. Eingangs- und Verlaufsdiagnostik

- Ggf. mithilfe von Erfassungsinstrumenten, wie z.B.: SKID, BDI, LAST (Lübecker Alkoholismus Screening Test), CAGE und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw. auf der Basis von ICD-10 je nach Art der psychotropen Substanzen und des klinischem Erscheinungsbildes.

2. Behandlungsplan

- Je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, Interpersonelle Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) wird der Behandlungsplan erstellt.

3. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

- Vorstellung des Patienten mit komplexem Hilfebedarf beim Psychotherapeuten durch den Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK für eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung zur
 - nahtlosen Versorgung nach stationärem Aufenthalt
 - Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
 - Rückfallprophylaxe bei drohendem Rückfall nach abgeschlossener Psychotherapie
- Kontaktaufnahme zu einer Zusammenarbeit von PSYCHOTHERAPEUT und dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK wie auch die
- Einberufung einer Hilfeplankonferenz im Rahmen der Jugend- und Erziehungshilfe sowie Jugendberufs- und Behindertenhilfe dient der
 - Koordination und Kooperation einer zeitnahen medizinischen, therapeutischen, pflegerischen Versorgung sowie zur Selbsthilfe und Teilhabe, ausgerichtet am individuellen Bedarf des Patienten,

	<ul style="list-style-type: none">○ Unterstützung einer Stabilisierung der Gesamtversorgungs- und Lebenssituation durch<ul style="list-style-type: none">▪ Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und▪ Unterstützung einer sektorenübergreifenden und zeitnahen Abstimmung der Versorgung▪ Schnelle berufliche (Re)Integration/Sicherung von Erwerbsfähigkeit
--	---

Anhang 4.2 zu Anlage 17

Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT

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

Kernaufgaben des Hausarztes sind im Wesentlichen die körperliche Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren. Bei Überleitung zum FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN 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/PSYCHOTHERAPEUTEN einen Befundbericht mit Angaben der Diagnose, durchgeführten Untersuchungen, Therapieverschlagen und ggfs. Medikation. Bei einer Direktinanspruchnahme des PSYCHOTHERAPEUTEN, z.B. bei Notfällen erstellt der HAUSARZT einmalig nach Aufforderung durch den PSYCHOTHERAPEUTEN einen somatischen Befundbericht.

Psychiatrische oder neurologische 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.

Diagnostik und Therapie als vorausschauend koordinierte Betreuung ist der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und –koordination bei erweitertem psychotherapeutischem Versorgungsangebot, leitlinienorientierter Behandlung mit ganzheitlicher Beratung zur Pharmakotherapie, Lebensweise und sozialen Unterstützung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation (www.awmf.de).

Durch die vorausschauend gesicherte interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten, weniger Notfallbeanspruchung und höherer Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (www.g-ba.de) und
2. eine Unterstützung der Arzt-Therapeut-Patienten-Beziehung durch ein verlässliches und zeitnahes Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (www.g-ba.de).

zu erwarten.

Anhang 4.2 zu Anlage 17

Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

- **Diagnosen**
- **ICD-Kodierungen**
- **Anamnese**
- **Familienstand**
- **Tätigkeit/Beruf**
- **Medikation**
- **Apparative Diagnostik/Befunde**
- **Psychotherapie**
- **Zusammenfassende Beurteilung**
- **Therapieverschlagn**
- **Sozialer Dienst/Patientenbegleitung**
- **Soziale Unterstützung**
- **Gesundheitsangebote**

Anhang 4.2 zu Anlage 17

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

Psychische- und Verhaltensstörungen F00-F99	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F00-F09
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F10-F19
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F20-F29
Affektive Störungen	F30-F39
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40-F48
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F50-F59
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60-F69
Intelligenzstörungen	F70-F79
Entwicklungsstörungen	F80-F89
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F90-F98

Krankheiten des Nervensystems G00-G99	
Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems	G00-G09
Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	G10-G14
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	G20-G26
Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	G30-G32
Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	G35-G37
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	G40-G47
Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	G50-G59
Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G60-G64
Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	G70-G74
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	G80-G83
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	G90-G99
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	G90-G99
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	M40-M54
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	N30-N39
Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	Q00-Q07

Diagnosen gemäß ICD-10 und daraus resultierende adäquate Behandlungen gemäß PNP-Vertrag				
ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F00 - F09				
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)		x	x
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)		x	x
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form		x	x
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn		x	x
F01.1	Multiinfarkt-Demenz		x	x
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz		x	x
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz		x	x
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz			x
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit		x	x
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		x	x
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington		x	x
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom		x	x
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]		x	x
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt			x
F06.3	Organische affektive Störungen	x		
F06.4	Organische Angststörung	x		
F06.5	Organische dissoziative Störung	x		
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma	x		
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19				
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom		x	
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung		x	
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	x		
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	x		
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	x		
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	x	x	
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom		x	
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	x	x	
F12.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	x	x	
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom		x	
F13.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung	x	x	
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	x	x	
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F14.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom		x	
F14.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung	x	x	
F14.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch	x	x	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F16.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F16.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom		x	
F16.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung	x	x	
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch	x	x	
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom		x	
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung	x	x	
F18.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	x	x	
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	x	x	
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom		x	
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	x	x	
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	x	
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20-F29				
F20.0	Paranoide Schizophrenie	x	x	
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	x	x	
F20.2	Katatone Schizophrenie	x	x	
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	x	x	
F20.4	Postschizophrene Depression	x	x	
F20.5	Schizophrenes Residuum	x	x	
F20.6	Schizophrenia simplex	x	x	
F21	Schizotype Störung	x	x	
F22.0	Wahnhaftige Störung	x	x	
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie		x	
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie		x	
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung		x	
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen		x	
F24	Induzierte wahnhaftige Störung	x	x	
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	x	x	
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	x	x	
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	x	x	
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	x		
Affektive Störungen F30-F39				
F30.0	Hypomanie	x	x	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	x	x	
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	x	x	
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	x	x	
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	x	x	
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	x	x	
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	x	x	
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	x	x	
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	x	x	
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	x	x	
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	x	x	
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	x	x	
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	x	x	
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	x	x	
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	x	x	
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	x	x	
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	x	x	
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	x	x	
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	x	x	
F34.0	Zyklothymia	x	x	
F34.1	Dysthymia	x	x	
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen	x		
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen	x	x	
Neurotische , Belastungs- und somatoforme Störungen F40-F48				
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	x	x	
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	x	x	
F40.1	Soziale Phobien	x	x	
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	x	x	
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	x	x	
F41.1	Generalisierte Angststörung	x	x	
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	x	x	
F41.3	Andere gemischte Angststörungen	x	x	
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	x		
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	x		
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	x	x	
F43.0	Akute Belastungsreaktion	x	x	
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	x	x	
F43.2	Anpassungsstörungen	x		
F44.0	Dissoziative Amnesie	x		
F44.1	Dissoziative Fugue	x		
F44.2	Dissoziativer Stupor	x		
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände	x		
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	x		
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	x		
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	x		
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt	x		
F44.80	Ganser-Syndrom			
F44.81	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)	x	x	
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend	x		

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F45.0	Somatisierungsstörung	x		
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	x		
F45.2	Hypochondrische Störung	x		
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	x		
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem	x		
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem	x		
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem	x		
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem	x		
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme	x		
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme	x		
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	x		
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	x		
F48.0	Neurasthenie	x		
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	x		
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50-F59				
F50.0	Anorexia nervosa	x	x	
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	x	x	
F50.2	Bulimia nervosa	x	x	
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	x	x	
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	x		
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	x		
F51.0	Nichtorganische Insomnie	x		
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie	x		
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	x		
F52.1	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung	x		
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen	x		
F52.3	Orgasmusstörung	x		
F52.4	Ejaculatio praecox	x		
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus	x		
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie	x		
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	x	x	
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	x		
F55.0	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva			
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60-F69				
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	x	x	
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	x	x	
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	x	x	
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	x		
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	x	x	
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	x	x	
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit	x	x	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom	x	x	
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen	x		
F63.0	Pathologisches Spielen	x	x	
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]	x	x	
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]	x	x	
F63.3	Trichotillomanie	x	x	
F64.0	Transsexualismus	x		
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen	x		
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters	x		
F65.0	Fetischismus	x		
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus	x		
F65.2	Exhibitionismus	x		
F65.3	Voyeurismus	x		
F65.4	Pädophilie	x		
F65.5	Sadomasochismus	x		
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz	x		
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz	x		
F66.0	Sexuelle Reifungskrise	x		
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung	x		
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung	x		
F66.9	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet	x		
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	x		
F68.1	Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]		x	
Intelligenzstörung F70-F79				
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x	x	
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x	x	
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x	x	
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x		
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x		
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x		
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	x		
Entwicklungsstörungen F80-F89				
F80.0	Artikulationsstörung	x		
F80.1	Expressive Sprachstörung	x		
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]	x		
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]	x		
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	x		
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	x		
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung	x		
F81.2	Rechenstörung	x		
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten	x		
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik	x		
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik	x		
F82.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik	x		
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	x		
F84.0	Frühkindlicher Autismus	x		
F84.1	Atypischer Autismus	x		

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
F84.2	Rett-Syndrom	x		
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters	x		
F84.4	Äußeraktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien	x		
F84.5	Asperger-Syndrom	x		
F88	Andere Entwicklungsstörungen	x		
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend F90-F98				
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	x	x	
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	x		
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	x		
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	x		
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	x		
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	x		
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	x		
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	x		
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	x		
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	x		
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	x		
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	x		
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	x		
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	x		
F94.0	Elektiver Mutismus	x		
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	x		
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	x		
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	x		
F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet	x		
F95.0	Vorübergehende Ticstörung	x		
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung	x		
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	x		
F98.0	Nichtorganische Enuresis	x		
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	x		
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	x		
F98.3	Pica im Kindesalter	x		
F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen	x		
F98.5	Stottern [Stammeln]	x		
F98.6	Poltern	x		
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	x		
Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen G10-G14				
G10	Chorea Huntington			x
G11.0	Angeborene nichtprogressive Ataxie			x
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie			x
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie			x
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem			x
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie			x
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien			x
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]			x
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie			x
G12.2	Motoneuron-Krankheit			x
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome			x
G13.0	Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
G13.1	Sonstige Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Neubildungen			x
G13.2	Systematrophie, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Myxödem			x
G13.8	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
G14	Postpolio-Syndrom			x
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen G20-26				
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation			x
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation			x
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation			x
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation			x
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation			x
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation			x
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom			x
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom			x
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien			x
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom			x
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom			x
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom			x
G22	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
G23.0	Hallervorden-Spatz-Syndrom			x
G23.1	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]			x
G23.2	Striatonigrale Degeneration			x
G23.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien			x
G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie			x
G24.1	Idiopathische familiäre Dystonie			x
G24.2	Idiopathische nichtfamiliäre Dystonie			x
G24.3	Torticollis spasticus			x
G24.4	Idiopathische orofaziale Dystonie			x
G24.5	Blepharospasmus			x
G24.8	Sonstige Dystonie			x
G25.2	Sonstige näher bezeichnete Tremorformen			x
G25.3	Myoklonus			x
G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea			x
G25.5	Sonstige Chorea			x
Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems G30-G32				
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn			x
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn			x
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit			x
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet			
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie			x
G31.82	Lewy-Körper-Demenz			x
Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems G35-G37				
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose			x
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression			x
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]			x
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems			x
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems G40-G47				
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom			x
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]			x
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]			x
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen			x
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen			x
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen			x
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome			x
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome			x
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome			x
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)			x
G40.7	Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle			x
G40.8	Sonstige Epilepsien			x
G41.0	Grand-mal-Status			x
G41.1	Petit-mal-Status			x
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen			x
G41.8	Sonstiger Status epilepticus			x
G44.0	Cluster-Kopfschmerz			x
G44.3	Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz			x
G46.0	Arteria-cerebri-media-Syndrom			x
G46.1	Arteria-cerebri-anterior-Syndrom			x
G46.2	Arteria-cerebri-posterior-Syndrom			x
G46.3	Hirnstammsyndrom			x
G46.4	Kleinhirnsyndrom			x
G46.5	Rein motorisches lakunäres Syndrom			x
G46.6	Rein sensorisches lakunäres Syndrom			x
G46.7	Sonstige lakunäre Syndrome			x
G46.8	Sonstige Syndrome der HirngefäÙe bei zerebrovaskulären Krankheiten			x
Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus G50-G59				
G59.0	Diabetische Mononeuropathie			x
G59.8	Sonstige Mononeuropathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels G60-G64				
G60.0	Hereditäre sensomotorische Neuropathie			x
G60.1	Refsum-Krankheit			x
G60.2	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie			x
G60.3	Idiopathische progressive Neuropathie			x
G60.8	Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom			x
G61.1	Serumpolyneuropathie			x
G61.8	Sonstige Polyneuritiden			x
G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie			x
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie			x
G62.2	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien			x
G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie			x
G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien			x
G63.0	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten			x
G63.1	Polyneuropathie bei Neubildungen			x
G63.2	Diabetische Polyneuropathie			x
G63.3	Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten			x
G63.4	Polyneuropathie bei alimentären Mangelzuständen			x
G63.5	Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes			x
G63.6	Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems			x
G63.8	Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels G70-G73				
G71.0	Muskeldystrophie			x
G71.1	Myotone Syndrome			x
G71.2	Angeborene Myopathien			x
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert			x
G71.8	Sonstige primäre Myopathien			x
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie			x
G72.1	Alkoholmyopathie			x
G72.2	Myopathie durch sonstige toxische Agenzien			x
G72.3	Periodische Lähmung			x
G72.4	Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert			x
G72.80	Critical-illness-Myopathie			x
G72.88	Sonstige näher bezeichnete Myopathien			x
G73.4	Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten			x
G73.5	Myopathie bei endokrinen Krankheiten			x
G73.6	Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten			x
G73.7	Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome G80-G83				
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese			x
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese			x
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese			x
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese			x
G80.4	Ataktische Zerebralparese			x
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese			x
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie			x
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie			x
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung			x
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung			x
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung			x
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung			x
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung			x
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung			x
G82.60	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3			x
G82.61	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5			x
G82.62	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8			x
G82.63	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6			x
G82.64	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th7-Th10			x
G82.65	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th11-L1			x
G82.66	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1			x
G82.67	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5			x
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten			x
G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität			x
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität			x
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet			x
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom			x
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom			x
G83.80	Locked-in-Syndrom			x
G83.88	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome			x
Sonstige Krankheiten des Nervensystems G90-G99				
G90.3	Multisystem-Atrophie			x
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus			x
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus			x
G91.3	Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet			x
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus			x
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie			x
G95.1	Vaskuläre Myelopathien			x
G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]			x
G95.81	Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL]			x
G95.83	Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur			x
G95.84	Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei Schädigungen des Rückenmarkes			x
G95.85	Deafferentierungsschmerz bei Schädigungen des Rückenmarkes			x
G97.80	Postoperative Liquorfistel			x
G99.0	Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten			x
G99.1	Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten			
G99.2	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten			x
Zerebrovaskuläre Krankheiten I60-I69				
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch			x
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien			x
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien			x

ICD-Kode	ICD-Klartext	Psycho- -therapie	Psychiatrie	Neurologie
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien			x
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien			x
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien			x
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien			x
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig			x
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt			x
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet			
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet			x
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie			x
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung			x
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung			x
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung			x
I69.3	Folgen eines Hirnfarktes			x
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet			x
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten			x
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens M40-M45				
M48.00	Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule			x
M48.01	Spinal(kanal)stenose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich			x
M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich			x
M48.03	Spinal(kanal)stenose: Zervikothorakalbereich			x
M48.04	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich			x
M48.05	Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich			x
M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich			x
M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich			x
M48.08	Spinal(kanal)stenose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich			x
Sonstige Krankheiten des Harnsystems N30-N39				
N31.0	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert			x
N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert			x
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert			x
N31.80	Neuromuskuläre Low-compliance-Blase, organisch fixiert			x
Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems Q00-Q07				
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus			x
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum			x
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten			x
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus			x
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus			x
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus			x
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			x
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus			x
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus			x
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus			x
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus			x
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus			x
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom			x
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems			x

Versorgungs- und Leistungsinhalte Orthopädie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Orthopädisch evidenzbasierte Versorgung im allgemeinen Überblick ohne Indikationsbezug

Hausarztzebene

- Begleitschreiben vom Hausarzt, Überweisungsformular (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag)
- Überweisung zum Facharzt, v.a. bei spezifischen Schmerzen und gemäß u.g. Versorgungsschwerpunkte, auch zur Minderung von Chronifizierungsbeschwerden, Förderung der Lebensqualität und der Teilhabe am Leben durch fachärztlich unterstützend gezielte Diagnostik, Beratung und Therapie
- Ggf. Vorbefunde (Labor, Bildgebung)
- Informationen zu Mitbehandlungen oder anderweitigen Maßnahmen, Risikofaktoren auch psychosozialer Art
- Komorbiditäten körperlicher und seelischer Art

Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission (Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)

Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte Grundversorgung

Hausarztzebene

Begleitschreiben vom HAUSARZT, Überweisungsformular (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag)

- Überweisung zum FACHARZT, v.a. bei spezifischen Schmerzen und gemäß u.g. Versorgungsschwerpunkte, auch zur Minderung von Chronifizierungsbeschwerden, Förderung der Lebensqualität und der Teilhabe am Leben durch fachärztlich unterstützend gezielte Diagnostik, Beratung und Therapie
- Ggf. Vorbefunde (Labor, Bildgebung)
- Informationen zu Mitbehandlungen oder anderweitigen Maßnahmen, Risikofaktoren auch psychosozialer Art
- Komorbiditäten körperlicher und seelischer Art

Orthopädische Leistungen

1. Korrekte Diagnosestellung nach ICD-10 als Grundlage für eine evidenzbasierte bzw. leitliniengerechte Therapie (Anlage 12 Anhang 2 und auf der Basis von Anlage 17)

**2. 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, Belastungen körperlich und seelisch, Einstellungen/Überzeugungen
- Zeitdauer, Lokalisation, Hergang und Charakter der aktuellen Beschwerden
- Schmerz-anamnese: akut/ chronisch - ausreichende medizinische Erklärbarkeit
- neurologische Defizite, Fieber
- Medikamentenanamnese, Kontraindikationen, Allergien usw.
- Komorbiditäten, insbesondere auch psychische Störungen usw.

<p>Hausarztbene</p> <p>Hilfsmittelverordnung grundsätzlich unter Angabe einer 7-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses über das Hilfsmittelmodul HZV oder über die 10-stellige Positionsnummer mit entsprechender medizinischer Begründung (Anhang 5.7 zu Anlage 17 HZV)</p>	<p>3. Klinische Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none">o z.B. Inspektion zu Haltung, Körperstatik, Bewegungsablauf, Gangbild, Bewegungsausmaß (Neutral-Null-Methode) <p>4. Manuelle Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none">o z.B. Palpation von Haut, Untersuchung aktiv und passiv, Konsistenz, Funktionen, Sensibilität usw. von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Nerven, Gefäßen usw. <p>5. Ggf. apparative Diagnostik nach den o.g. Punkten</p> <ul style="list-style-type: none">o z.B. Röntgenuntersuchung wenn therapeutische Konsequenzen wie Korrekturingriffe (Endprothesen usw.), ggf. Veranlassung von Schnittbildgebung (Bandscheibenvorfälle, Frakturen usw. unter Beachtung von Kontraindikationen wie Herzschrittmacher u.a.), Kontrastmittelaufnahmen, Szintigraphie, Sonographie usw. <p>6. Ggf. Laboruntersuchungen, ggf. Veranlassung</p> <ul style="list-style-type: none">o z.B. bei entzündlichen, systemischen Erkrankungen usw. (wie z.B. BSG, BB, CRP, Harnsäure, Phosphatase, Kalzium, Vitamin D, Parathormon, Rheumafaktoren, Antinukleäre Antikörper) <p>7. Ggf. invasive Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none">o Beachtung sorgfältiger Indikationsstellung, falls nicht ersetzbar durch Bildgebung bzw. nichtinvasive Verfahreno ggf. Punktionen zur Druckentlastung, Schmerzlinderung, Applikation von Medikamenten, Kontrastmitteln, Flüssigkeitsgewinnung (Diagnostik) <p>8. Präventive Information und auch motivationale Beratung (siehe auch Anlage 17)</p> <p>Leitgedanke</p> <ul style="list-style-type: none">• Mit der präventiven Information und motivationalen Beratung soll<ul style="list-style-type: none">o eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung aufgebaut werdeno Selbstmanagement, Eigenverantwortung und Copingstrategien des Patienten zur Bewältigung bio-psycho-sozialer (Stress-) Faktoren gefördert und unterstützt werdeno Ängste und Vermeidungsverhalten abgebaut undo Behandlungserwartungen gemeinsam besprochen werden. <p>9. Ggf. Veranlassung konservativer Maßnahmen und nichtoperativer Therapien z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">o physikalische Therapie, ggf. manuelle Medizin (Chirotherapie)o Rehasport oder Funktionstrainingo Verbände, Gipso Heilmittelo Indikationsstellung zur Hilfsmittelversorgung sowie deren Kontrolleo Hilfsmittelverordnung grundsätzlich unter Angabe einer 7-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses oder durch Angabe der Produktart. Hilfsmittelverordnungen über die 10-stellige Positionsnummer erfordern gemäß Hilfsmittel-Richtlinie eine entsprechende medizinische Begründung.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ Empfehlung und Verordnung von wie auch Nachbetreuung nach medizinischer Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX; Zusatzinformation: Zugehörige Kostenträger lt. § 6 SGB IX)○ Weiterer supportiver bzw. therapeutischer Maßnahmen wie Psychotherapie○ ggf. Akupunkturbehandlung <p>10. Ggf. invasive Verfahren als Therapie</p> <ul style="list-style-type: none">○ z.B. Neuraltherapie, Facettentherapie, Infiltrationen, intraartikuläre, periartikuläre Injektionen usw. <p>11. Ggf. Indikationsstellung, Darstellung und Einleitung operativer Verfahren z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ wenn ein körperlicher Schaden als wesentliche Ursache der Schmerzen benannt wird➤ und psychische Gesichtspunkte nicht gegen einen Operationserfolg sprechen.○ Operationen an Knochen, Gelenken, Wirbelsäule, Sehnen und Muskeln, Nerven, Haut mit sorgfältiger Planung, Vorbereitung, Durchführung, postoperativer Phase, Rehabilitation, Nachsorge usw.<ul style="list-style-type: none">○ unter strenger Indikationsstellung und relativer Indikation zur Beseitigung von Schmerzen, Ausgleich einer Fehlförmigkeit und Funktionsverbesserung○ dringliche Indikation z.B. bei aktueller Lähmungsgefahr oder Stabilitätsverlust <p>12. Ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans zu o.g. Empfehlungen, Maßnahmen und Verfahren z.B. zur</p> <ul style="list-style-type: none">○ Zielvereinbarung mit dem Patienten z.B. zur Alltagsbewegung und zur Motivation bezüglich körperlicher und sonstiger Aktivitäten○ Wiedervorstellung mit Kontrolle des Behandlungserfolgs○ Einleitung weiterer Maßnahmen wie frühzeitige Rehabilitation, Überprüfung der Wirksamkeit von Heil- und Hilfsmittelverordnungen usw.○ Überprüfung der Medikation, Verträglichkeit, Nebenwirkungen usw. im Verlauf○ Koordination weiterer Maßnahmen zur Unterstützung auch im Verlauf <p>13. Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none">○ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT <p>14. Sonstiges situativ z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">○ prä- und postoperative Betreuung gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz)○ Veranlassung von Laborleistungen respektive Abnahme von Blut gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz) und ggf. Vorort-Labor <p>15. Chirurgische Leistungen gemäß EBM-Gesamtziffernkranz Anhang 1, sofern diese nicht in anderen Vergütungspositionen dieser Anlage geregelt sind.</p>
--	---

Übersicht zu den orthopädischen Krankheitsbildern, für die eine zeitnahe, evidenzbasierte und vernetzte Versorgung im Orthopädievertrag vorgesehen wird, stellt Anhang 5.3 zu Anlage 17 HZV-Vertrag dar.

Anm. aus dem Orthopädievertrag Beratungsinhalte für Patienten mit Rückenschmerzen, Arthrose (Gon-, Kox-), Osteoporose, entzündlich-rheumatoide Gelenkerkrankungen aus Anlage 12:

„Präventive Information und auch motivationale Beratung z.B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen usw. gemäß Anlage 12 Orthopädie

Grundsatz

Beratung zu Gesundheitsinformationen auf Basis von Evidenzbasierung und (Patienten-) Leitlinien (z.B. IQWiG, Gemeinsamer Bundesausschuss, DIMDI-HTA-Berichte usw. gemäß Anlage 17) v.a. hinsichtlich Eigenübungen, frühzeitiger Rehabilitation, sorgfältiger Indikationsstellung und Beratung zu Arzneimitteln, Beratung gemäß Hilfs- und/oder Heilmittelrichtlinien, Themenkatalog v.a.

- z.B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen
- zur Anatomie/Physiologie z.B. der Bandscheiben und geringe Spezifität von Bildbefunden bei nicht spezifischen Schmerzen
- zur Änderung von Verhaltensweisen, Fehlbelastungen, z.B. fehlende Effektivität von Bettruhe
- zu Kraft-, Geschicklichkeits- und Ausdauertraining z.B. zur Sturzprophylaxe, bei Osteoporose usw.
- zur Anleitung von Eigenübungen
- zu frühzeitigen Maßnahmen v.a. nicht-medikamentöser Art
- zum Lebensstil, Risikofaktoren wie z.B. Gewichtsbelastung auf Kniegelenke
- zu Kontrollen, Nachsorge, Schulung z.B. AOK-Sports, Rückenschule usw.
- Informationen zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z.B. Gesundheitsangebote Sport, Ernährung, Entspannung
- zu Behandlungsalternativen wie z.B. Akupunktur
- zu Selbsthilfegruppen, z.B. Rheuma-Liga
- zur Rationalen Pharmakotherapie unter Beachtung von Indikationsstellung, Nebenwirkungen und Risiken, Dauer usw. sowie auch der Rabattierung
 - ggf. temporär: z.B. Überlastungsschäden, Sehnenverletzung, HWS-Syndrom, postoperativ, posttraumatisch inkl. Sportverletzungen
 - ggf. längerfristig: z.B. bei rheumatoider Arthritis (siehe Versorgungsschwerpunkte), chronischem Lumbalsyndrom, Tumorkrankheiten
- ggf. zur perioperativen Analgesie usw.
- ggf. Empfehlung/Veranlassung zu regelmäßiger Leber- und Nierenfunktionsprüfung z.B. bei andauernder Medikation
- ggf. zur transdermalen Pharmakotherapie (Externa), Anästhetika, auch Chondroprotektiva usw.
- ggf. Darstellung und Erläuterung der Vor- und Nachteile wirksamer verschiedener Behandlungsverfahren und –alternativen“

Orthopädische evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen

Hausarztbene

Überweisung zum Orthopäden bei unspezifischen Rückenschmerzen, wenn z.B. 2-4 Wochen Arbeitsunfähigkeit oder Schmerzdauer über 6 Wochen besteht und eine Betreuung beim HAUSARZT erfolgt

Hausarztbene

- Überweisung zum Orthopäden bei unspezifischen Rückenschmerzen, wenn z.B. 2-4 Wochen Arbeitsunfähigkeit oder Schmerzdauer über 6 Wochen besteht und eine Betreuung beim HAUSARZT erfolgt

<p><i>Laborparameter</i></p> <p><i>Befunddokumentation an den Orthopäden gemäß Befundbericht*</i></p> <p><i>Überweisung zum Facharzt sowie umfassende Befunderhebung zur Patientenkarriere, Komorbiditäten und Besonderheiten</i></p> <p>*Entspricht Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV)</p> <p>Keine voreilige Bildgebung. In der Regel sollte eine Schnittbildgebung möglichst beim Orthopäden erfolgen</p> <p>Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission (Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Laborparameter</i>• <i>Befunddokumentation an den Orthopäden gemäß Befundbericht</i>• <i>Überweisung zum FACHARZT sowie umfassende Befunderhebung zur Patientenkarriere, Komorbiditäten und Besonderheiten</i> <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter orthopädischer Versorgung ohne Indikationsbezug von Punkt 1-15➤ und spezifisch zu den folgenden Punkten <p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none">○ die ICD-Kategorie M54.- Rückenschmerzen enthält mehrere Schlüsselnummern, die vordergründig nur das Symptom Rückenschmerz und keine spezifische Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens beschreiben, daher spezifische und korrekte Verschlüsselung○ ggf. zu verschlüsseln sind auch F45.4, F45.40, F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei seit 6 Monaten bestehenden Schmerzen (genaue Definition in Anlage 17)○ ggf. abzugrenzen sind u.a. F62.80 andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, R52.1, R52.2 oder F54 psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten.○ ggf. zu ergänzen auch Adipositas mit jeweiligem Schweregrad E66.- <p>2. Bio-psycho-soziale Anamnese z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ausschluss red flags bzw. Ausschluss spezifischer Ursachen○ zum biomechanischen Belastungsprofil z.B. berufs- bzw. arbeitsplatzbezogen○ Berücksichtigung arbeitsplatzbezogener, soziodemografischer und psychologischer bzw. erhaltensbezogener Risikofaktoren und Belastungen (sog. auch yellow flags), privater oder/und beruflicher Distress usw.○ umfassende Berücksichtigung evtl. weiterer seelischer oder körperlicher Beschwerden○ zu Medikamentengebrauch, Arztwechsel, zu der Vermeidung von Bewegung und sozialen Kontakten (beruflich/privat)○ Abgrenzung Somatisierungstendenzen mit ängstlicher Vermeidungsstrategie und ggf. somatoformer Störungen usw.○ Klärung der Überzeugungen und Erwartungen der Patienten <p>5. Testverfahren z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">○ zur bio-psycho-sozialen Befindlichkeit HKF R 10○ Stress-Fragebögen z.B. Kaluza Stressbewältigung, Checkliste 2011 zu alltäglichen Belastungen usw.○ 2-Fragen-Test zur Depressivität○ bei höherem Chronifizierungsstadium Fragebogen nach Gerbershagen
--	---

8. Präventive Information und motivationale Beratung

Leitgedanke (siehe unter Themenkatalog ohne Indikationsbezug) sowie

- Eine Chronifizierung sollte unter allen Umständen vermieden werden. Die Bildgebung sollte zurückhaltend eingesetzt werden, auch weil diese eine Chronifizierung begünstigen kann.

Information und Beratung

- zu Rückenschmerzen als Krankheitsbild und auch als Zivilisationserscheinung,
- zu begünstigenden Faktoren für Rückenschmerzen, z.B. einseitige, ggf. wiederkehrende körperliche oder/und seelische Belastungen und Fehlhaltungen
- zur Funktionsweise der Wirbelsäule/Bandscheibe, Veränderungen im Sitzen/Stehten versus Laufen/Liegen usw.
- Erläuterungen zur Vermeidung unnötiger bildgebender Verfahren wie Röntgen, Kernspintomografie usw.
- Informationen zum Alltagsverhalten, ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells
- zur Bedeutung von muskulärer Aktivierung (Ausdauer, Kraft, Dehnung, Koordination, Entspannung) zur Stärkung der Bandscheiben gegen einseitige Fehlbelastungen
- zu Patienteninformationen (z.B. RückenAktiv - Schulungsportal online der AOK, IQWiG etc.) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anleitungen zu praktischen Bewegungsübungen, z.B. Hockergymnastik, Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote usw.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zur Selbsthilfe (z.B. Rheuma-Liga)
- zum Abbau psychosozialer Stressfaktoren beruflich oder/und privat
- zu örtlichen Angeboten zur Bewegung, Entspannung, Ernährung usw., auch in Gruppen bei chronischen Verläufen
- Follow-up mit beratender Unterstützung zu Lebenszielen, Lebensqualität, Aktivität, Selbstbewältigungsstrategien, Emotionen etc. zur Vermeidung von Exazerbationen und Vermeidung von Schmerzfokussierung
- Gemeinsame Zielvereinbarungen und Festlegung im Versorgungsplan

9. Konservative Therapie z.B.

- Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport
- Ggf. Verordnung für AOK-RückenKonzept (AOK-Rückenstudios)
- ggf. temporär Medikation wie Analgetika Paracetamol oder NSAR, Muskelrelaxantien - unter Beachtung von Allergien, Komorbiditäten, Alter bzw. Risikofaktoren nach festgesetztem Zeitschema
- interdisziplinäre Versorgung je nach individuellem Risikoprofil, s.o.
- ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)
- ggf. Heilmittelverordnung

<p>Hausarztbene</p> <p>Siehe Anhang 5.4 Sozialer Dienst zu Anlage 17 HZV</p>	<p>10. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit des FACHARTZES mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK wird initiiert</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Vorliegen einer drohenden Chronifizierung, bzw. bei chronifizierten Rückenschmerzen (M54.-) und • in Verbindung mit einem Verdacht oder Vorliegen einer psychischen Komorbidität (vor allem F32.-, F45.40, F45.41). Abhängig von Art und Schweregrad der psychischen Erkrankung wird i.d.R. vom HAUSARZT eine zeitnahe und leitlinienorientierte Koordination und Kooperation zu einem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN des Facharztvertrages Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PNP-Vertrag) eingeleitet (siehe Anlage 17 PNP-Vertrag). • bei Vorliegen von mindestens einem relevanten psychosozialen Kontextfaktor, diese sind <ul style="list-style-type: none"> ○ Seelische Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld (u.a. Arbeitsplatzkonflikt, siehe Anlage 17 ORTHOPÄDIE-Vertrag, Anlage 17 HZV-Vertrag) • Bei Vorliegen von Unterstützungs- und Vermittlungsbedarf bei der Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen, z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisation und Nachsorge von Rehabilitationsmaßnahmen ○ Vernetzung regionaler Versorgungsangebote <p>Die Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung Bosch BKK soll in der Regel über den Hausarzt erfolgen.</p> <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturierter Befundbericht vom FACHARZT für Orthopädie zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung
<p>Orthopädisch evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit spezifischem Rückenschmerz</p>	
<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Überweisung bei spezifischem Rückenschmerzen je nach klinischem Befund und zugrunde liegendem morphologischem Korrelat bzw. auch nach klinischer Notfallversorgung zur Nachsorge bzw. zum Follow-up • Laborparameter • Bildbefunde usw. <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV)</p>	<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Überweisung bei spezifischem Rückenschmerzen je nach klinischem Befund und zugrunde liegendem morphologischem Korrelat bzw. auch nach klinischer Notfallversorgung zur Nachsorge bzw. zum Follow-up • Laborparameter • Bildbefunde usw. <p>Orthopädische Leistungen</p> <p>Vorgehen siehe Themenkatalog unter Versorgung ohne Indikationsbezug von Punkt 1-15 und bei spezifischen Rückenschmerzen, z.B. mit ausgeprägten neurologischen Symptomen</p>

Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission
(Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)

- weiteres Vorgehen je nach Ursache und Klinik, diagnostischem Befund und Prognose weiteres Vorgehen
- ggf. zu Selbsthilfegruppen
- zu Bewegungsangeboten
- zu Funktionstraining oder Rehasport z.B. operativ bei Stabilitätsgefährdung
- z.B. interventionell bei Radiculopathien
- ggf. unabhängige Zweitmeinung bei chronischen Schmerzzuständen usw.
- umfassende Betreuung, Versorgungsplan sowie Vor- und Nachsorge in enger interdisziplinärer Abstimmung
- ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)
- ggf. Heilmittelverordnung

13. Berichte/Dokumentation

- Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT

Orthopädische evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit Gon- und Koxarthrose

Hausarztbene

- Überweisung zum Orthopäden z.B. Veranlassung der Bildgebung zur Erstdiagnose, Mitberatung und –betreuung durch den ORTHOPÄDEN zur Förderung der Lebensqualität, Teilhabe am Leben und Minderung von Chronifizierung
- Laborparameter auch zur Differentialdiagnose
- Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Befundbericht*
Überweisung zum Facharzt
Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten

*entspricht Begleitschreiben von HAUSARZT an FACHARZT (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV)

Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission (Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)

Hausarztbene

- Überweisung zum Orthopäden z.B. Veranlassung der Bildgebung zur Erstdiagnose, Mitberatung und –betreuung durch den Orthopäden zur Förderung der Lebensqualität, Teilhabe am Leben und Minderung von Chronifizierung
- Laborparameter auch zur Differentialdiagnose
- Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Befundbericht
Überweisung zum FACHARZT
Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten

Orthopädische Leistungen

- Vorgehen siehe Themenkatalog unter Versorgung ohne Indikationsbezug von Punkt 1-15
- und spezifisch zu folgenden Punkten

1. korrekte Diagnoseverschlüsselung

- korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2
- die Kodierung der Arthrosen aus M16-M19 mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine bildgebende Diagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus, nur sinnvoll bei gelenkbezogenen Symptomen
- Kodierung von Adipositas (BMI > 30) zu verschlüsseln als E66.-

3. Klinische Untersuchung z.B.

- spezifische Funktions- und Schmerztests, Ganganalyse usw.

5. Apparative Diagnostik

- üblicherweise radiologisch bei Beschwerden v.a. gelenkbezogenen Schmerzen über der Leiste bei Koxarthrose und im Bereich Kniegelenk bei Gonarthrose
- Kellgren-Lawrence-Score
- weitergehende Bildgebung in Sonderfällen abhängig von der Art der Beschwerden

8. Präventive Information und motivationale Beratung z.B.

Leitgedanke (siehe Themenkatalog ohne Indikationsbezug) sowie

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau und Gewichtsreduzierung bei Übergewicht bei vorliegender Gon- oder Koxarthrose sind frühzeitig einzuleiten um Gelenkstrukturen und -funktionen so lange wie möglich zu erhalten und somit invasive Therapiemaßnahmen zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- von längerfristiger medikamentöser Behandlung, Opioidbehandlung, Radiosynoviorthese, pulsierender Signal-, Magnetfeld-Therapie ist aufgrund unzureichender Evidenzbasierung abzuraten.

- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind evtl. somatoforme oder depressive Störungen und andere Komorbiditäten (und dadurch bedingte Antriebsstörungen etc.) zu berücksichtigen.
- Bei Entfernung von Meniskusgewebe ist auf das entstehende Arthrosrisiko hinzuweisen
- Von einer sog. Gelenktoilette, Knorpelglättung o.ä. ist abzuraten, da sie langfristig die Arthroseentwicklung nicht verhindern kann.

Information und Beratung

- zum Krankheitsbild und -verlauf
- zur Bedeutung von Lebensstilfaktoren und Auswirkungen von Gewichtszunahmen bzw. Übergewicht auf den Krankheitsverlauf v.a. bei Kniearthrose,
- zu Fehlhaltungen und –belastungen, auch arbeitsplatzbezogen oder in der Freizeit
- zum Alltagsverhalten und zu Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität
- zur Bedeutung muskulärer Aktivität und dem richtigen Bewegungsverhalten, Minderung von Übergewicht, langfristigem Training (wenn frei von entzündlicher Symptomatik) im Alltag zur Stärkung der gelenkschützenden Muskulatur usw.
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen, ggf. mit Einbezug des Partners
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (z.B. Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote)
- zu Patienteninformationen (z.B. IQWiG) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. zur Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- zur Selbsthilfe (z.B. Rheuma-Liga)
- zu lokalen Maßnahmen auch zu topischen
- zu medikamentösen Maßnahmen wie Paracetamol (wenn keine Ergussbildung), bei „aktivierter Arthrose“ nichtsteroidale Antirheumatika begrenzt z.B. auf 4 Wochen unter Beachtung von Komorbiditäten v.a. Bluthochdruck, bei Fortbestehen ggf. Kortison intraartikulär nach Aufklärung zu Wirksamkeit und zu Risiken usw.
- zu medikamentösen Nebenwirkungen (z.B. bei NSAR, siehe Rote-Hand-Brief Diclofenac, bei Kortikoiden)
- ggf. zu technischen Hilfen
- ggf. zu sonstigen Maßnahmen, wie z.B. kritische Bewertung von Hyaluronsäure intraartikulär, Glukosamin-, Chondroitinsulfat usw.
- ggf. zur operativen Therapie nach Ausschluss psychischer Störungen bzw. deren Behandlung und bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Gelenkschaden, Schmerz und Funktionsstörung
- ggf. zu sonstigen Verfahren, auch zu der Zweitmeinung
- ggf. zur Endoprothese bei Arthrose in der Hüfte, Grad 3-4, nach Kellgren und Lawrence usw. und entsprechender schmerzhafter Funktionseinschränkung
- ggf. auch nach endoprothetischer Versorgung bei Chronifizierung von Schmerzen und nach Ausschluss von Implantatkomplikationen, weil etwa 10 % der Patienten mit einer Hüftendoprothese und etwa 30% der Patienten mit einer Knieendoprothese nicht zufrieden sind

9.Konservative Therapie

- ggf. Muskelkräftigung, Koordinationsschulung, vor allem Schwimmen, Radfahren, Spazieren
- ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport (ggf. TEP-Gruppen)
- ggf. Schmerzlindernde Therapiemaßnahmen wie z.B. flexible Verbände, physikalische Therapie,

<p>ggf. Information zu AOK-proReha (Anhang 5.5 zu Anlage 17 HZV) im Falle einer Endoprothesenimplantation</p>	<p>Rationale Pharmakotherapie, ggf. Punktion in Einzelfällen, ggf. nur in Ausnahmefällen Röntgenbestrahlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1) ○ ggf. Heilmittel <p>10. Operative Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ strenge Indikationsstellung unter Beachtung von Komorbiditäten, wenn die subjektive Beschwerdesymptomatik, die klinischen und radiologischen Befunde übereinstimmen und die konservativen Maßnahmen ausgereizt wurden ○ Durchführung der Qualitätssicherungs-Maßnahmen zur Arthroskopie gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 ○ ggf. auch Zweitmeinung, z.B. Korrektur von Deformitäten ○ ggf. gelenkerhaltende Operationen, z.B. Osteotomie bei Beinachsendiformitäten ○ ggf. Endoprothese (z.B. Arthrose Hüfte Grad 3-4 nach Kellgren und Lawrence) ○ ggf. Unterstützung bei der Krankenhausempfehlung durch den AOK-Krankenhausnavigator ○ ggf. Information über AOK-proReha <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17
---	--

Orthopädisch evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit Osteoporose

<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überweisung zum ORTHOPÄDEN insbesondere bei Fraktur (-gefährdung) zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Im Verlauf auch mit entsprechender Beratung. • Risikoassessment mit klinischen Risikofaktoren und Basisdiagnostik je nach Möglichkeit beim HAUSARZT oder FACHARZT • Laborparameter auch wegen Differentialdiagnose • Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Begleitschreiben • Überweisung zum FACHARZT, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten • wenn bei der Basisdiagnostik eine DXA Messung und ggf. Röntgendiagnostik notwendig ist möglichst beim ORTHOPÄDEN • Folgeverordnungen finden sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte beim HAUSARZT statt • Überweisung zum ORTHOPÄDEN zu Verlaufskontrollen gemäß Leitlinie 	<p><i>Hausarztbene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Überweisung zum ORTHOPÄDEN insbesondere bei Fraktur (-gefährdung) zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Im Verlauf auch mit entsprechender Beratung. • Risikoassessment mit klinischen Risikofaktoren und Basisdiagnostik je nach Möglichkeit beim HAUSARZT oder FACHARZT . • Laborparameter auch wegen Differentialdiagnose • Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Begleitschreiben: Überweisung zum FACHARZT, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten • wenn bei der Basisdiagnostik eine DXA Messung und ggf. Röntgendiagnostik notwendig ist möglichst bei ORTHOPÄDEN • Folgeverordnungen finden sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte beim HAUSARZT statt • Überweisung zum FACHARZT zu Verlaufskontrollen gemäß Leitlinie <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter Versorgung ohne Indikationsbezug von Punkt 1-15 ➤ und spezifisch zu Punkt
---	---

<p>Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission (Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)</p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an ORTHOPÄDEN (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV)</p> <p>Wiedervorstellung z.B. beim FACHARZT</p> <ul style="list-style-type: none">○ abhängig vom Risikoprofil 6 bis 24 Monate,○ bei akuten Beschwerden, Unverträglichkeiten oder Medikamentenwechsel frühzeitig	<p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none">○ die Kodierung der Osteoporose erfordert neben der Lokalisationsangabe eine Differenzierung nach der Ätiologie und danach, ob eine pathologische Fraktur vorliegt oder nicht, "G" setzt einen radiologischen Nachweis mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus (Anlage 17) <p>4. Testverfahren</p> <p>Risikoassessment und ggf. Basisdiagnostik inkl. Muskeltest</p> <ul style="list-style-type: none">○ anamnestische und klinische Erhebung von Risikofaktoren einer Osteoporose (Anlage 17)○ ggf. Sturzrisiko v.a. bei verminderter Muskelkraft, Sehstärke, kardiovaskulären und neurologischen Beschwerden oder Komorbiditäten, Einnahme von Sedativa, Schmerzmitteln usw. <p>5. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none">○ ggf. Röntgen bei Patienten/Patientinnen über 50 Jahre bei Größenverlust über 4 cm und bei früherer Wirbelfraktur oder einer anderen osteoporotischen Fraktur (DXA-Messung bei einem 10-Jahresrisiko über 20% sekundärem Osteoporoserisiko etc.)○ ggf. DXA zur Diagnosestellung, Therapieeinleitung und ggf. zur Überprüfung einer Osteoporosetherapie, z.B. 6 bis 24 Monate○ ggf. Labor in Abstimmung mit dem HAUSARZT zum Ausschluss einer sekundären Osteoporose z.B. bei Plasmozytom usw. <p>8. Präventive Information und motivationale Beratung z.B.</p> <p>Leitgedanke (siehe P1) sowie</p> <ul style="list-style-type: none">• Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining, Bewegung an der frischen Luft sowie calciumreiche Ernährung bei vorliegender Osteoporose sind frühzeitig einzuleiten um das Fortschreiten der Osteoporose sowie pathologische Frakturen so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern.• Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z.B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.• Neben der Förderung der körperlichen Aktivität ist eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung einzuleiten. <p>Information und Beratung</p> <ul style="list-style-type: none">○ zum Krankheitsverlauf und zum Risiko weiterer osteoporotischer Frakturen ,○ zum Einfluss von Lebensstilfaktoren (Bewegung, Ernährung, Entspannung bzw. Disstress, Konsumverhalten) auf den Krankheitsverlauf, da z.B. körperliche Inaktivität das Krankheitsbild fördert○ zur Bedeutung von Muskelkräftigungen der Beckenmuskulatur mit Ermutigung zum Gehen und Förderung der Geschicklichkeit usw.○ zur Bedeutung der Ernährung und Ernährungsberatung z.B., zur Calciumaufnahme über die Nahrung, ggf. Vitamin D-Zufuhr, ggf. auch Unterstützung mit Calciumrechner○ zu Auswirkungen von Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum auf den Krankheitsverlauf und ggf. Weitervermittlung in AOK / BKK-Gesundheitsangebote○ zur Sturzprophylaxe zur Verminderung des Sturzrisikos auch zur Reduzierung von Stolperfallen im
---	---

	<p>häuslichen Umfeld, zu örtlichen Bewegungsangeboten (z.B. Sportvereine, AOK/BKK-Gesundheitsangebote und zur Sturzprophylaxe)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen ○ zum Alltagsverhalten und Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität ○ Zu Selbsthilfegruppen (z.B. Rheuma-Liga) ○ zu Patienteninformationen, z.B. der DVO, IQWiG zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität ○ zur medikamentösen Schmerztherapie vorübergehend v.a. nach frischer Fraktur ○ zur Beachtung der verminderten Wirkung von Opioiden auch bei depressiver Störung, Opioide nur bei seltenen Besonderheiten, Ausschleichen von Schmerzmitteln ○ zur Basistherapie mit besonderer Beachtung der Arzneimittelrichtlinie (Anlage 17) und in Kombination mit Bewegungstherapie zur Reevaluation mit DXA-Messung gemäß DVO-Leitlinie (bzw. auch je nach individueller Risikokonstellation) <p>9.ggf. Konservative Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport ○ Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1). ○ Verordnung von Heilmitteln <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 <p>14. Wiedervorstellung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ abhängig vom Risikoprofil 6 bis 24 Monate, ○ bei akuten Beschwerden, Unverträglichkeiten oder Medikamentenwechsel frühzeitig
--	---

Orthopädisch evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit rheumatoiden Gelenkerkrankungen

<p>Hausarztebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung des HAUSARZTES über eine Überweisung zur weiteren fachärztlichen differentialdiagnostischen Abklärung bei V.a. rheumatische Gelenkerkrankungen und ggf. Einleitung einer Therapie zum Orthopäden und/oder internistischen Rheumatologe. Ein Termin zur fachärztlichen Differentialdiagnostik sollte innerhalb 14 Tagen spätestens nach 21 Tagen nach erfolgter hausärztlicher Überweisung stattfinden • Befunddokumentation an Orthopäden/Internistischen Rheumatologen gemäß Begleitschreiben, 	<p><i>Hausarztebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung des HAUSARZTES über eine Überweisung zur weiteren fachärztlichen differentialdiagnostischen Abklärung bei V.a. entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen und ggf. Einleitung einer Therapie zum Orthopäden und/oder internistischen Rheumatologe. Ein Termin zur fachärztlichen Differentialdiagnostik sollte innerhalb 14 Tagen spätestens nach 21 Tagen nach erfolgter hausärztlicher Überweisung stattfinden. • Befunddokumentation an Orthopäden/Internistischen Rheumatologen gemäß Begleitschreiben, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten
---	--

<p><i>Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten</i></p> <p>Begleitschreiben von HAUSARZT an ORTHOPÄDEN (Anhang 5.2 zu Anlage 17 HZV)</p> <p>Medikamentöse Therapie gemäß Arzneimittelkommission (Anhang 5.6 zu Anlage 17 HZV)</p>	<p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter Versorgung ohne Indikationsbezug von Punkt 1-15 sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP 5 und spezifisch zu Punkt <p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none">○ der spezifischen Form wie z.B. M05-M07 usw., auch Morbus Bechterew als seronegative Spondylarthropathien <p>3. Klinische Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none">○ Inspektion, Palpation von Gelenken, Erkennung der synovialitischen Gelenkschwellung, Neutral-Null-Methode,○ Funktionsfähigkeit der Hand,○ Erhebung der Leitsymptome wie z.B. Gelenkschmerz mit Entzündungszeichen, verändertes Gangbild, Schonhaltungen, andere Schmerzen,○ Erfassung von Gelenkerstörungen mit Fehlstellungen○ Ggf. Nachweis von Rheumaknoten○ Ggf. zur Beteiligung weiterer Organe (z.B. zum kardiovaskulären Risiko) <p>4. Fragebögen zur Befindlichkeit einmal im Quartal</p> <ul style="list-style-type: none">○ bzw. zur Funktionsfähigkeit z.B. DAS28 nach van Gestel, Funktionsfragebogen Hannover FFbH, BASDAI <p>5. Bildgebende Diagnostik gemäß Anlage 17</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ggf. Röntgen beider Hände, Füße, HWS○ Ggf. Arthrosonografie○ Ggf. MRT, Szintigrafie selten <p>6. Weiterführende Diagnostik gemäß Anlage 17</p> <ul style="list-style-type: none">○ Z.B. Laboruntersuchungen (BSG, CRP, immunologische Befunde wie Rheumafaktor, ACPA IgG-Ak, Anti CCP, MCV-Ak, ANA, Blutbild, Glukose, Kreatinin, Leberenzyme) <p>8. Präventive Information und motivationale Beratung z.B.</p> <p>Leitgedanke (siehe P1) sowie</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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

Information und Beratung

- zum Krankheitsbild und –verlauf sowie zum Einfluss von Lebensstilfaktoren auf den Krankheitsverlauf
- frühzeitig zur Bedeutung der Bewegungstherapie (Schulung usw.) und zu sporttherapeutischen Programmen
- zur Meidung von Sturzgefahren sowie zur Motivations- und Eigenaktivitätsförderung
- zur Selbsthilfe (z.B. Rheuma-Liga usw.)
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen (z.B. zum Ausdauertraining, zur Gymnastik mit stabilisierenden Reizen und Dehnungsübungen, Kreislauftraining etc.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (AOK / BKK-Gesundheitsangebote, Sportvereine)
- zu Patienteninformationen zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anpassung der Therapiemaßnahmen an entzündliche Schübe
- kontinuierliche Überprüfung der Bewegungsmaßnahmen
- bei Schmerzschüben vorübergehend NSAR, die nicht den Gesamtverlauf beeinflussen, ansonsten Kortikoide,
- Basistherapie mit umfassender Beratung und Kontrollen der medikamentösen Behandlung (Wirkung / Nebenwirkung, siehe Anlage 17) zur Unterstützung der Compliance, ggf. auch step-down, ansonsten Eskalation
- TNF-Alpha-Blocker bei erheblichem Nebenwirkungsrisiko durch den internistisch/orthopädisch rheumatologischen Facharzt/FACHARZT
- frühzeitige Einleitung von Rehabilitation usw.
- ggf. operative Therapie z.B. Entfernung von chronisch persistierenden Synovialitiden, ggf. endoprothetischer Ersatz
- zu den Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung
- Vorstellung beim Rheumatologen

9. konservative Therapie

- ggf. Frühzeitige Anleitung zu Eigenübungen (Selbstmanagement)
- ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport
- ggf. Frühzeitige Einleitung einer stationären/ambulanten Rehabilitation
- ggf. Heilmittel und Hilfsmittelverordnung indikationsbezogen durch den FACHARZT (siehe P1).
- ggf. Frühzeitige Rationale Pharmakotherapie inkl. Basistherapie

13. Dokumentation

- Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17

	<p>14. Wiedervorstellung beim Orthopäden</p> <ul style="list-style-type: none"> o Zur Überprüfung der Gelenkfunktionsdiagnostik zur nicht-medikamentösen, motivationalen und medikamentösen Beratung und ggf. Therapie je nach Verlauf zwischen 6 bis 12 Wochen
<p>Orthopädisch evidenzbasierte Versorgung zur Fallkonferenz Rücken</p>	
<p>Hausarztbene</p> <p>Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden.</p> <p>Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) kann dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD.</p> <p>1. Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> o Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen o Schmerzen sollten über 12 Wochen betragen oder AU ab oder über 4 Wochen bestehen o neben einer spezifischen M54-Diagnose (M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M.54.8- oder M.54.9-) ist zusätzlich Voraussetzung eine der ICD Codes F45.40, F45.41, F62.80 <p>2. Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> o Organisation der Fallkonferenz und Koordination des interdisziplinären Teams durch ORTHOPÄDE o Abstimmung mit ORTHOPÄDE und ggf. PSYCHOTHERAPEUT (z.B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen) o Ggf. Abstimmung mit dem SD o Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt 	<p>Orthopädische Leistungen</p> <p>Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern, sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden.</p> <p>Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) kann dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD.</p> <p>1. Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> o Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen o Schmerzen sollten über 12 Wochen betragen oder AU ab oder über 4 Wochen bestehen o neben einer spezifischen M54-Diagnose (M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M.54.8- oder M.54.9-) ist zusätzlich Voraussetzung eine der ICD Codes F45.40, F45.41, F62.80 <p>2. Leistungsinhalt</p> <p>Orthopäde</p> <ul style="list-style-type: none"> o Organisation der Fallkonferenz und Koordination des interdisziplinären Teams o Information und Abstimmung mit HAUSARZT und ggf. PSYCHOTHERAPEUT (z.B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen) o Ggf. Information und Abstimmung mit dem SD mittels Beratungsbogen Fallkonferenz (gem. Anlage 12, Anhang 6) o Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt o Sichtung Bildgebung o Aushändigung der Testfragebögen vor der Fallkonferenz an den Patienten wie z.B. Funktionsfragebogen Rücken (FfbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen o Auswertung Funktionsfragebogen Rückenschmerz vor der Fallkonferenz o Vorbericht zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund incl. Auswertung FfbH-R, Synopse Bildgebung

<ul style="list-style-type: none">○ Sichtung Bildgebung○ Sichtung der durch den ORTHOPÄDEN vor der Fallkonferenz an den Patienten ausgegebenen und ausgewerteten Testfragebögen wie z.B. Funktionsfragebogen Rücken (FfbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen○ Sichtung des Vorberichts des ORTHOPÄDEN zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund inkl. Auswertung FfbH-R, Synopse Bildgebung <p>3. Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none">○ Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z.B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden. Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig.○ Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung).○ Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz geschickt. <p>4. Mögliche multimodale Therapieansätze</p> <ul style="list-style-type: none">○ Aktivierende Bewegungstherapie○ Psychologische Interventionen, z.B. kognitive Verhaltenstherapie○ Entspannungstechniken○ Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie	<p>3. Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none">○ Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z.B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden, Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig.○ Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung)○ Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz geschickt. <p>4. Mögliche multimodale Therapieansätze</p> <ul style="list-style-type: none">○ aktivierende Bewegungstherapie○ psychologische Interventionen, z.B. kognitive Verhaltenstherapie○ Entspannungstechniken○ Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie
--	---

Versorgungs- 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 	<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

HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN.

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.

Facharztbene - 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-Kreislauferkrankungen, 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, Dysli-

pidämie, 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. aktualisierter 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

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

Krankenhaus bzw. Kollaborator		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Personen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stufe
Krankenkassen-Nr.	Art-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.

Bekanntes 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

Krankenhaus- bzw. Kollegen-Nr.		
Name, Vorname des Patienten		
Kranken-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Praxisnummer (H)	Artzt-Nr.	Stempel
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

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

Krankenhaus- oder Kassennummer		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stempel
Befragten-Nr.	Art-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 **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
Klassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Anschrift		

Befundbericht

an den behandelnden Hausarzt / Facharzt



Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

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 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		
geo. 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:	
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>Beschwollene Gelenke</p> <p>Palpation der Synovitis über dem Gelenkspalt (bilateral)</p>	<p>Druckempfindliche Gelenke</p> <p>Palpation der Synovitis über dem Gelenkspalt (bilateral)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Anzahl geschwollener Gelenke 2 Anzahl druckempfindlicher Gelenke 3 BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergren in mm/h) 4 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 = $0,28 \times \sqrt{1}$ Anz. geschw. Gelenke + $0,56 \times \sqrt{2}$ Anz. druckdol. Gelenke
 + $0,7 \times \ln 3$ BSG + $0,014 \times (4 \text{ NRS} \times 10) =$

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>=</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"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 1/4 <input type="checkbox"/> 1 1/2 <input type="checkbox"/> 1 3/4 <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>	

Auszug aus der ICD-Liste

Die Angabe einer gesicherten Diagnose in Form eines endstelligen und korrekten ICD-10-Codes ist Bestandteil der orthopädischen Leistungen

Legende zur Diagnoseliste

- URS = Unspezifischer Rückenschmerz**
- SRS = Spezifischer Rückenschmerz**
- A = Arthrose**
- O = Osteoporose**
- RGE = Rheumatoide Gelenkerkrankungen**
- FK = Fallkonferenz Rücken**

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	FK*
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	FK*
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom	FK*
G55.1	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden	SRS
G55.2	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Spondylose	SRS
G55.3	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	SRS
G99.2	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	SRS
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	RGE
M00.00	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Mehrere Lokalisationen	RGE
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M00.02	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M00.03	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M00.04	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M00.06	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M00.08	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M00.10	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Mehrere Lokalisationen	RGE
M00.11	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M00.12	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M00.13	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M00.14	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M00.15	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M00.16	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M00.17	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M00.18	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M00.19	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M00.20	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Mehrere Lokalisationen	RGE
M00.21	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M00.22	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M00.23	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M00.24	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M00.25	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M00.26	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M00.27	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M00.28	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M00.29	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M00.80	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Mehrere Lokalisationen	RGE
M00.81	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M00.82	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M00.83	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M00.84	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M00.85	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M00.86	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M00.87	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M00.88	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M00.89	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M00.90	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	RGE
M00.91	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M00.92	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M00.93	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M00.94	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M00.95	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M00.97	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M00.98	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.00	Arthritis durch Meningokokken: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.01	Arthritis durch Meningokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.02	Arthritis durch Meningokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.03	Arthritis durch Meningokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.04	Arthritis durch Meningokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.05	Arthritis durch Meningokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.06	Arthritis durch Meningokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.07	Arthritis durch Meningokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.08	Arthritis durch Meningokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.09	Arthritis durch Meningokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.10	Tuberkulöse Arthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.11	Tuberkulöse Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M01.12	Tuberkulöse Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.13	Tuberkulöse Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.14	Tuberkulöse Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.15	Tuberkulöse Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.16	Tuberkulöse Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.17	Tuberkulöse Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.18	Tuberkulöse Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.19	Tuberkulöse Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.20	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.21	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.22	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.23	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.24	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.25	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.26	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.27	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M01.28	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.29	Arthritis bei Lyme-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.30	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.31	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.32	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.33	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.34	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.35	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.36	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.37	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.38	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.39	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.40	Arthritis bei Röteln: Mehrere Lokalisationen	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M01.41	Arthritis bei Röteln: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.42	Arthritis bei Röteln: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.43	Arthritis bei Röteln: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.44	Arthritis bei Röteln: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.45	Arthritis bei Röteln: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.46	Arthritis bei Röteln: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.47	Arthritis bei Röteln: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.48	Arthritis bei Röteln: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.49	Arthritis bei Röteln: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.50	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.51	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.52	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.53	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.54	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.55	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M01.56	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.57	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.58	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.59	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.60	Arthritis bei Mykosen: Mehrere Lokalisationen	RGE
M01.61	Arthritis bei Mykosen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.62	Arthritis bei Mykosen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.63	Arthritis bei Mykosen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.64	Arthritis bei Mykosen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.65	Arthritis bei Mykosen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.66	Arthritis bei Mykosen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.67	Arthritis bei Mykosen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.68	Arthritis bei Mykosen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.69	Arthritis bei Mykosen: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M01.80	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M01.81	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M01.82	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M01.83	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M01.84	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M01.85	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M01.86	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M01.87	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M01.88	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M01.89	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.00	Arthritis nach intestinalem Bypass: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.01	Arthritis nach intestinalem Bypass: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.02	Arthritis nach intestinalem Bypass: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M02.03	Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M02.04	Arthritis nach intestinalem Bypass: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.05	Arthritis nach intestinalem Bypass: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.06	Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.07	Arthritis nach intestinalem Bypass: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M02.08	Arthritis nach intestinalem Bypass: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M02.09	Arthritis nach intestinalem Bypass: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.10	Postenteritische Arthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.11	Postenteritische Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.12	Postenteritische Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M02.13	Postenteritische Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M02.14	Postenteritische Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.15	Postenteritische Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.16	Postenteritische Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.17	Postenteritische Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M02.18	Postenteritische Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M02.19	Postenteritische Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.20	Arthritis nach Impfung: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.21	Arthritis nach Impfung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.22	Arthritis nach Impfung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M02.23	Arthritis nach Impfung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M02.24	Arthritis nach Impfung: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.25	Arthritis nach Impfung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.26	Arthritis nach Impfung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.27	Arthritis nach Impfung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M02.28	Arthritis nach Impfung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M02.29	Arthritis nach Impfung: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.30	Reiter-Krankheit: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.31	Reiter-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.32	Reiter-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M02.33	Reiter-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M02.34	Reiter-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.35	Reiter-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.36	Reiter-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.37	Reiter-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M02.38	Reiter-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M02.39	Reiter-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.80	Sonstige reaktive Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.81	Sonstige reaktive Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.82	Sonstige reaktive Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M02.83	Sonstige reaktive Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M02.84	Sonstige reaktive Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.85	Sonstige reaktive Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.86	Sonstige reaktive Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.87	Sonstige reaktive Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M02.88	Sonstige reaktive Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M02.89	Sonstige reaktive Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M02.90	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	RGE
M02.91	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M02.92	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M02.93	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M02.94	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M02.95	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M02.96	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M02.97	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M02.98	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M02.99	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M03.00	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Mehrere Lokalisationen	RGE
M03.01	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M03.02	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M03.03	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M03.04	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M03.05	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M03.06	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M03.07	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M03.08	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M03.09	Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M03.10	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M03.11	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M03.12	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M03.13	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M03.14	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M03.15	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M03.16	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M03.17	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M03.18	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M03.19	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M03.20	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M03.21	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M03.22	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M03.23	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M03.24	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M03.25	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M03.26	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M03.27	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M03.28	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M03.29	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M03.60	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M03.61	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M03.62	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M03.63	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M03.64	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M03.65	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M03.66	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M03.67	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M03.68	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M03.69	Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.00	Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.01	Felty-Syndrom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M05.02	Felty-Syndrom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M05.03	Felty-Syndrom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.04	Felty-Syndrom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.05	Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M05.06	Felty-Syndrom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.07	Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M05.08	Felty-Syndrom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.09	Felty-Syndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.10	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.11	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M05.12	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M05.13	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.14	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.15	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M05.16	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.17	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M05.18	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.19	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.20	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.21	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M05.22	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M05.23	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.24	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.25	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M05.26	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.27	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M05.28	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.29	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.30	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.31	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M05.32	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M05.33	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.34	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.35	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M05.36	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.37	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M05.38	Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.39	Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.81	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M05.82	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M05.83	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.84	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.85	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M05.86	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.87	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M05.88	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.89	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M05.90	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	RGE
M05.91	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M05.92	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M05.93	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M05.94	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M05.95	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M05.96	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M05.97	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M05.98	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M05.99	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.00	Seronegative chronische Polyarthritits: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.01	Seronegative chronische Polyarthritits: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.02	Seronegative chronische Polyarthritits: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.03	Seronegative chronische Polyarthritits: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.04	Seronegative chronische Polyarthritits: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.05	Seronegative chronische Polyarthritits: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.06	Seronegative chronische Polyarthritits: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.07	Seronegative chronische Polyarthritits: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M06.08	Seronegative chronische Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.09	Seronegative chronische Polyarthrit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.10	Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.11	Adulte Form der Still-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.12	Adulte Form der Still-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.13	Adulte Form der Still-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.14	Adulte Form der Still-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.15	Adulte Form der Still-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.16	Adulte Form der Still-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.17	Adulte Form der Still-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M06.18	Adulte Form der Still-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.19	Adulte Form der Still-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.20	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.21	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.22	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.23	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.24	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M06.25	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.26	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.27	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M06.28	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.29	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.30	Rheumaknoten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.31	Rheumaknoten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.32	Rheumaknoten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.33	Rheumaknoten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.34	Rheumaknoten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.35	Rheumaknoten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.36	Rheumaknoten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.37	Rheumaknoten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M06.38	Rheumaknoten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.39	Rheumaknoten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.40	Entzündliche Polyarthropathie: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.41	Entzündliche Polyarthropathie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.42	Entzündliche Polyarthropathie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M06.43	Entzündliche Polyarthropathie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.44	Entzündliche Polyarthropathie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.45	Entzündliche Polyarthropathie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.46	Entzündliche Polyarthropathie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.47	Entzündliche Polyarthropathie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M06.48	Entzündliche Polyarthropathie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.49	Entzündliche Polyarthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.80	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.81	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.82	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.83	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.84	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.85	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.86	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.87	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M06.88	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.89	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M06.90	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	RGE
M06.91	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M06.92	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M06.93	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M06.94	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M06.95	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M06.96	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M06.97	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M06.98	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M06.99	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.00	Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.04	Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.07	Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M07.09	Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.10	Arthritis mutilans: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.11	Arthritis mutilans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M07.12	Arthritis mutilans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M07.13	Arthritis mutilans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M07.14	Arthritis mutilans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.15	Arthritis mutilans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M07.16	Arthritis mutilans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M07.17	Arthritis mutilans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M07.18	Arthritis mutilans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M07.19	Arthritis mutilans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.2	Spondylitis psoriatica	RGE
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.31	Sonstige psoriatische Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M07.32	Sonstige psoriatische Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M07.33	Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M07.34	Sonstige psoriatische Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.35	Sonstige psoriatische Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M07.36	Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M07.37	Sonstige psoriatische Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M07.38	Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M07.39	Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.40	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.41	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M07.42	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M07.43	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M07.44	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.45	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M07.46	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M07.47	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M07.48	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M07.49	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.50	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.51	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M07.52	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M07.53	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M07.54	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.55	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M07.56	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M07.57	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M07.58	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M07.59	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M07.60	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M07.61	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M07.62	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M07.63	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M07.64	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M07.65	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M07.66	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M07.67	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M07.68	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M07.69	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.00	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.01	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.02	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.03	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.04	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.05	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.06	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M08.07	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.08	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritid, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.10	Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.11	Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M08.12	Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.13	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.14	Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.15	Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.16	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M08.17	Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.18	Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.19	Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.20	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.21	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.22	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.23	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.24	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.25	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.26	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M08.27	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.28	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form	RGE
M08.40	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.41	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.42	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.43	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.44	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.45	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.46	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M08.47	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.48	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.49	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.70	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M08.71	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.72	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.73	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.74	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.75	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.76	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M08.77	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.78	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.80	Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.81	Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.82	Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.83	Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.84	Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.85	Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.86	Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M08.87	Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	RGE
M08.91	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M08.92	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M08.93	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M08.94	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M08.95	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M08.96	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M08.97	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen	RGE
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M09.09	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen	RGE
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M09.19	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen	RGE
M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M09.25	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M09.26	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	RGE
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE
M09.89	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M12.30	Palindromer Rheumatismus: Mehrere Lokalisationen	RGE
M12.31	Palindromer Rheumatismus: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	RGE
M12.32	Palindromer Rheumatismus: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	RGE
M12.33	Palindromer Rheumatismus: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	RGE
M12.34	Palindromer Rheumatismus: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	RGE
M12.35	Palindromer Rheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	RGE
M12.36	Palindromer Rheumatismus: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	RGE
M12.37	Palindromer Rheumatismus: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	RGE
M12.38	Palindromer Rheumatismus: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M12.39	Palindromer Rheumatismus: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	A
M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	A
M16.2	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig	A
M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	A
M16.4	Posttraumatische Koxarthrose, beidseitig	A
M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	A
M16.6	Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig	A
M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	A
M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	
M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	A
M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	A
M17.2	Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig	A
M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	A
M17.4	Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig	A
M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	A
M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	
M30.0	Panarteriitis nodosa	RGE
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	RGE
M30.2	Juvenile Panarteriitis	RGE
M30.3	Mukokutanen Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]	RGE
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände	RGE
M31.0	Hypersensitivitätsangiitis	RGE
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie	RGE
M31.2	Letales Mittelliniengranulom	RGE
M31.3	Wegener-Granulomatose	RGE
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	RGE
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	RGE
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	RGE
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	RGE
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	RGE
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M32.0	Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes	RGE
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	RGE
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes	RGE
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	
M33.0	Juvenile Dermatomyositis	RGE
M33.1	Sonstige Dermatomyositis	RGE
M33.2	Polymyositis	RGE
M33.9	Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet	
M34.0	Progressive systemische Sklerose	RGE
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	RGE
M34.2	Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert	RGE
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	RGE
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	RGE
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	RGE
M35.2	Behcet-Krankheit	RGE
M35.3	Polymyalgia rheumatica	RGE
M35.4	Eosinophile Fasziitis	RGE
M35.5	Multifokale Fibrosklerose	RGE
M35.6	Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]	RGE
M35.7	Hypermobilitäts-Syndrom	
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet	
M36.0	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen	RGE
M36.1	Arthropathie bei Neubildungen	
M36.2	Arthropathia haemopholica	
M36.3	Arthropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Blutkrankheiten	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M45.01	Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M45.02	Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich	RGE
M45.03	Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich	RGE
M45.04	Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich	RGE
M45.05	Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich	RGE
M45.06	Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich	RGE
M45.07	Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich	RGE
M45.08	Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M45.09	Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.00	Spinale Enthesopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M46.01	Spinale Enthesopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M46.02	Spinale Enthesopathie: Zervikalbereich	SRS
M46.03	Spinale Enthesopathie: Zervikothorakalbereich	SRS
M46.04	Spinale Enthesopathie: Thorakalbereich	SRS
M46.05	Spinale Enthesopathie: Thorakolumbalbereich	SRS
M46.06	Spinale Enthesopathie: Lumbalbereich	SRS
M46.07	Spinale Enthesopathie: Lumbosakralbereich	SRS
M46.08	Spinale Enthesopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M46.09	Spinale Enthesopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.1	Sakroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert	SRS
M46.20	Wirbelosteomyelitis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M46.21	Wirbelosteomyelitis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M46.22	Wirbelosteomyelitis: Zervikalbereich	SRS
M46.23	Wirbelosteomyelitis: Zervikothorakalbereich	SRS
M46.24	Wirbelosteomyelitis: Thorakalbereich	SRS
M46.25	Wirbelosteomyelitis: Thorakolumbalbereich	SRS
M46.26	Wirbelosteomyelitis: Lumbalbereich	SRS
M46.27	Wirbelosteomyelitis: Lumbosakralbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M46.28	Wirbelosteomyelitis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M46.29	Wirbelosteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.30	Bandscheibeninfektion (pyogen): Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M46.31	Bandscheibeninfektion (pyogen): Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M46.32	Bandscheibeninfektion (pyogen): Zervikalbereich	SRS
M46.33	Bandscheibeninfektion (pyogen): Zervikothorakalbereich	SRS
M46.34	Bandscheibeninfektion (pyogen): Thorakalbereich	SRS
M46.35	Bandscheibeninfektion (pyogen): Thorakolumbalbereich	SRS
M46.36	Bandscheibeninfektion (pyogen): Lumbalbereich	SRS
M46.37	Bandscheibeninfektion (pyogen): Lumbosakralbereich	SRS
M46.38	Bandscheibeninfektion (pyogen): Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M46.39	Bandscheibeninfektion (pyogen): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.40	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M46.41	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M46.42	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich	SRS
M46.43	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich	SRS
M46.44	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich	SRS
M46.45	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich	SRS
M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	SRS
M46.47	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich	SRS
M46.48	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M46.49	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.50	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M46.51	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M46.52	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Zervikalbereich	SRS
M46.53	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Zervikothorakalbereich	SRS
M46.54	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Thorakalbereich	SRS
M46.55	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Thorakolumbalbereich	SRS
M46.56	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Lumbalbereich	SRS
M46.57	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Lumbosakralbereich	SRS
M46.58	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M46.59	Sonstige infektiöse Spondylopathien: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.80	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M46.81	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M46.82	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikalbereich	RGE
M46.83	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikothorakalbereich	RGE
M46.84	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakalbereich	RGE
M46.85	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakolumbalbereich	RGE
M46.86	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbalbereich	RGE
M46.87	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbosakralbereich	RGE
M46.88	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M46.89	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M46.90	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M46.91	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M46.92	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich	RGE
M46.93	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich	RGE
M46.94	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich	RGE
M46.95	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich	RGE
M46.96	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	RGE
M46.97	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich	RGE
M46.98	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M46.99	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M47.00	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M47.01	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M47.02	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikalbereich	SRS
M47.03	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikothorakalbereich	SRS
M47.04	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakalbereich	SRS
M47.05	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakolumbalbereich	SRS
M47.06	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbalbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M47.07	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbosakralbereich	SRS
M47.08	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M47.09	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M47.10	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M47.11	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M47.12	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikalbereich	SRS
M47.13	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikothorakalbereich	SRS
M47.14	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakalbereich	SRS
M47.15	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakolumbalbereich	SRS
M47.16	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbalbereich	SRS
M47.17	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbosakralbereich	SRS
M47.18	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M47.19	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M47.20	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M47.21	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	SRS
M47.23	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikothorakalbereich	SRS
M47.24	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakalbereich	SRS
M47.25	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakolumbalbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	SRS
M47.27	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich	SRS
M47.28	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M47.29	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M48.01	Spinal(kanal)stenose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	SRS
M48.03	Spinal(kanal)stenose: Zervikothorakalbereich	SRS
M48.04	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich	SRS
M48.05	Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich	SRS
M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	SRS
M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	SRS
M48.08	Spinal(kanal)stenose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M48.30	Traumatische Spondylopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M48.31	Traumatische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M48.32	Traumatische Spondylopathie: Zervikalbereich	SRS
M48.33	Traumatische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich	SRS
M48.34	Traumatische Spondylopathie: Thorakalbereich	SRS
M48.35	Traumatische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich	SRS
M48.36	Traumatische Spondylopathie: Lumbalbereich	SRS
M48.37	Traumatische Spondylopathie: Lumbosakralbereich	SRS
M48.38	Traumatische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M48.39	Traumatische Spondylopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M48.40	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M48.41	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M48.42	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikalbereich	SRS
M48.43	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikothorakalbereich	SRS
M48.44	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich	SRS
M48.45	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich	SRS
M48.46	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich	SRS
M48.47	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbosakralbereich	SRS
M48.48	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M48.49	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M48.50	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M48.51	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M48.52	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikalbereich	SRS
M48.53	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikothorakalbereich	SRS
M48.54	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich	SRS
M48.55	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich	SRS
M48.56	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich	SRS
M48.57	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbosakralbereich	SRS
M48.58	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M48.80	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M48.81	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M48.82	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikalbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M48.83	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikothorakalbereich	SRS
M48.84	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakalbereich	SRS
M48.85	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakolumbalbereich	SRS
M48.86	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbalbereich	SRS
M48.87	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbosakralbereich	SRS
M48.88	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M48.89	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.00	Tuberkulose der Wirbelsäule: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M49.01	Tuberkulose der Wirbelsäule: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M49.02	Tuberkulose der Wirbelsäule: Zervikalbereich	SRS
M49.03	Tuberkulose der Wirbelsäule: Zervikothorakalbereich	SRS
M49.04	Tuberkulose der Wirbelsäule: Thorakalbereich	SRS
M49.05	Tuberkulose der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich	SRS
M49.06	Tuberkulose der Wirbelsäule: Lumbalbereich	SRS
M49.07	Tuberkulose der Wirbelsäule: Lumbosakralbereich	SRS
M49.08	Tuberkulose der Wirbelsäule: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M49.09	Tuberkulose der Wirbelsäule: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.10	Spondylitis brucellosa: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M49.11	Spondylitis brucellosa: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M49.12	Spondylitis brucellosa: Zervikalbereich	RGE
M49.13	Spondylitis brucellosa: Zervikothorakalbereich	RGE
M49.14	Spondylitis brucellosa: Thorakalbereich	RGE
M49.15	Spondylitis brucellosa: Thorakolumbalbereich	RGE
M49.16	Spondylitis brucellosa: Lumbalbereich	RGE
M49.17	Spondylitis brucellosa: Lumbosakralbereich	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M49.18	Spondylitis brucellosa: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M49.19	Spondylitis brucellosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.20	Spondylitis durch Enterobakterien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M49.21	Spondylitis durch Enterobakterien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M49.22	Spondylitis durch Enterobakterien: Zervikalbereich	RGE
M49.23	Spondylitis durch Enterobakterien: Zervikothorakalbereich	RGE
M49.24	Spondylitis durch Enterobakterien: Thorakalbereich	RGE
M49.25	Spondylitis durch Enterobakterien: Thorakolumbalbereich	RGE
M49.26	Spondylitis durch Enterobakterien: Lumbalbereich	RGE
M49.27	Spondylitis durch Enterobakterien: Lumbosakralbereich	RGE
M49.28	Spondylitis durch Enterobakterien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M49.29	Spondylitis durch Enterobakterien: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.30	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	RGE
M49.31	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	RGE
M49.32	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikalbereich	RGE
M49.33	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikothorakalbereich	RGE
M49.34	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakalbereich	RGE

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M49.35	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakolumbalbereich	RGE
M49.36	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbalbereich	RGE
M49.37	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbosakralbereich	RGE
M49.38	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	RGE
M49.39	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.40	Neuropathische Spondylopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M49.41	Neuropathische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M49.42	Neuropathische Spondylopathie: Zervikalbereich	SRS
M49.43	Neuropathische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich	SRS
M49.44	Neuropathische Spondylopathie: Thorakalbereich	SRS
M49.45	Neuropathische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich	SRS
M49.46	Neuropathische Spondylopathie: Lumbalbereich	SRS
M49.47	Neuropathische Spondylopathie: Lumbosakralbereich	SRS
M49.48	Neuropathische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M49.49	Neuropathische Spondylopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.50	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M49.51	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M49.52	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich	SRS
M49.53	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich	SRS
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	SRS
M49.55	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	SRS
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	SRS
M49.57	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich	SRS
M49.58	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M49.80	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M49.81	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M49.82	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich	SRS
M49.83	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich	SRS
M49.84	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	SRS
M49.85	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	SRS
M49.86	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	SRS
M49.87	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich	SRS
M49.88	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M49.89	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	SRS
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	SRS
M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung	
M50.3	Sonstige zervikale Bandscheibendegeneration	
M50.8	Sonstige zervikale Bandscheibenschäden	
M50.9	Zervikaler Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet	
M51.0	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie	SRS
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	SRS
M53.20	Instabilität der Wirbelsäule: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS
M53.21	Instabilität der Wirbelsäule: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS
M53.22	Instabilität der Wirbelsäule: Zervikalbereich	SRS
M53.23	Instabilität der Wirbelsäule: Zervikothorakalbereich	SRS
M53.24	Instabilität der Wirbelsäule: Thorakalbereich	SRS
M53.25	Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich	SRS
M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	SRS
M53.27	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbosakralbereich	SRS
M53.28	Instabilität der Wirbelsäule: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS
M53.29	Instabilität der Wirbelsäule: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M54.00	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	FK*
M54.01	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Okzipito-Atlanto-Axialbereich	FK*
M54.02	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Zervikalbereich	FK*
M54.03	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Zervikothorakalbereich	FK*
M54.04	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Thorakalbereich	FK*

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M54.05	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Thorakolumbalbereich	FK*
M54.06	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Lumbalbereich	FK*
M54.07	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Lumbosakralbereich	FK*
M54.08	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Sakral- und Sakrokokzygealbereich	FK*
M54.09	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion : Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	SRS/FK*
M54.11	Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	SRS/FK*
M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	SRS/FK*
M54.13	Radikulopathie: Zervikothorakalbereich	SRS/FK*
M54.14	Radikulopathie: Thorakalbereich	SRS/FK*
M54.15	Radikulopathie: Thorakolumbalbereich	SRS/FK*
M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	SRS/FK*
M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	SRS/FK*
M54.18	Radikulopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	SRS/FK*
M54.19	Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M54.2	Zervikalneuralgie	FK*
M54.3	Ischialgie	FK*
M54.4	Lumboischialgie	URS/FK*
M54.5	Kreuzschmerz	URS/FK*
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	URS/FK*
M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	URS/FK*
M54.81	Sonstige Rückenschmerzen: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	URS/FK*
M54.82	Sonstige Rückenschmerzen: Zervikalbereich	URS/FK*
M54.83	Sonstige Rückenschmerzen: Zervikothorakalbereich	URS/FK*
M54.84	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakalbereich	URS/FK*
M54.85	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich	URS/FK*
M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich	URS/FK*
M54.87	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich	URS/FK*

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M54.88	Sonstige Rückenschmerzen: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	URS/FK*
M54.89	Sonstige Rückenschmerzen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M54.90	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	FK*
M54.91	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	FK*
M54.92	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich	FK*
M54.93	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich	FK*
M54.94	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich	FK*
M54.95	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich	FK*
M54.96	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	FK*
M54.97	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich	FK*
M54.98	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	FK*
M54.99	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
M79.90	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	
M79.91	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M79.92	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	
M79.93	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	
M79.94	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M79.95	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	
M79.96	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	
M79.97	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	
M79.98	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	
M79.99	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M80.00	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O
M80.01	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.02	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.03	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.04	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.05	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.06	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.07	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.09	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M80.10	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen	O
M80.11	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.12	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.13	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.14	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.15	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.16	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.17	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.18	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.19	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M80.20	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O
M80.21	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.22	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.23	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.24	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.25	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.26	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.27	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.28	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.29	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M80.30	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen	O
M80.31	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.32	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.33	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.34	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.35	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.36	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.37	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.38	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.39	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M80.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O
M80.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	O
M80.50	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O
M80.51	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.52	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.53	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.54	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.55	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.56	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.57	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.59	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	O
M80.80	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.81	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.82	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.83	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.84	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.86	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.87	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.89	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	O
M80.90	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	O
M80.91	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M80.92	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M80.93	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M80.94	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M80.95	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M80.96	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M80.97	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M80.99	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.00	Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen	O
M81.01	Postmenopausale Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.02	Postmenopausale Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.03	Postmenopausale Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.04	Postmenopausale Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.05	Postmenopausale Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.06	Postmenopausale Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.07	Postmenopausale Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.08	Postmenopausale Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.09	Postmenopausale Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.10	Osteoporose nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen	O
M81.11	Osteoporose nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.12	Osteoporose nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.13	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.14	Osteoporose nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.15	Osteoporose nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.16	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.17	Osteoporose nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.18	Osteoporose nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.19	Osteoporose nach Ovariectomie: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.20	Inaktivitätsosteoporose: Mehrere Lokalisationen	O
M81.21	Inaktivitätsosteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.22	Inaktivitätsosteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.23	Inaktivitätsosteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.24	Inaktivitätsosteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.25	Inaktivitätsosteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.26	Inaktivitätsosteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.27	Inaktivitätsosteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.28	Inaktivitätsosteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.29	Inaktivitätsosteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.30	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen	O
M81.31	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.32	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.33	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.34	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.35	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.36	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.37	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.38	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.39	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Mehrere Lokalisationen	O
M81.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.50	Idiopathische Osteoporose: Mehrere Lokalisationen	O
M81.51	Idiopathische Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.52	Idiopathische Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.53	Idiopathische Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.54	Idiopathische Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.55	Idiopathische Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.56	Idiopathische Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.57	Idiopathische Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.58	Idiopathische Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.59	Idiopathische Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.60	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Mehrere Lokalisationen	O
M81.61	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.62	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.63	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.64	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.65	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.66	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.67	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.68	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.69	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.80	Sonstige Osteoporose: Mehrere Lokalisationen	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.81	Sonstige Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.82	Sonstige Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.83	Sonstige Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.84	Sonstige Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.85	Sonstige Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.86	Sonstige Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M81.87	Sonstige Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.88	Sonstige Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.89	Sonstige Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M81.90	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	O
M81.91	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M81.92	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M81.93	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M81.94	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M81.95	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M81.96	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M81.97	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M81.98	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M81.99	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M82.00	Osteoporose bei Plasmozytom: Mehrere Lokalisationen	O
M82.01	Osteoporose bei Plasmozytom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	O
M82.02	Osteoporose bei Plasmozytom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	O
M82.03	Osteoporose bei Plasmozytom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	O
M82.04	Osteoporose bei Plasmozytom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	O
M82.05	Osteoporose bei Plasmozytom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	O
M82.06	Osteoporose bei Plasmozytom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	O
M82.07	Osteoporose bei Plasmozytom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	O
M82.08	Osteoporose bei Plasmozytom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	O
M82.09	Osteoporose bei Plasmozytom: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M85.87	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Knochendichte und -struktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M85.88	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Knochendichte und -struktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	
M85.89	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Knochendichte und -struktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	
M85.90	Veränderung der Knochendichte und -struktur, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	
M85.91	Veränderung der Knochendichte und -struktur, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M85.95	Veränderung der Knochendichte und -struktur, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	
M85.96	Veränderung der Knochendichte und -struktur, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	
M86.03	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	
M86.04	Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	
M86.05	Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	
M99.00	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal]	URS
M99.01	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal]	URS
M99.02	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal]	URS
M99.03	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral]	URS
M99.04	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	URS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M99.05	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	
M99.06	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Untere Extremität	
M99.07	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Obere Extremität [akromioklavikular, sternoklavikular]	
M99.08	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral]	URS
M99.09	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Abdomen und sonstige Lokalisationen	
M99.10	Subluxation (der Wirbelsäule): Kopfbereich [okzipitozervikal]	
M99.11	Subluxation (der Wirbelsäule): Zervikalbereich [zervikothorakal]	
M99.12	Subluxation (der Wirbelsäule): Thorakalbereich [thorakolumbal]	
M99.13	Subluxation (der Wirbelsäule): Lumbalbereich [lumbosakral]	
M99.14	Subluxation (der Wirbelsäule): Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	
M99.19	Subluxation (der Wirbelsäule): Abdomen und sonstige Lokalisationen	
M99.20	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS
M99.21	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.22	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS
M99.23	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.24	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	SRS
M99.29	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen	SRS
M99.30	Knöchernen Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M99.31	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.32	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS
M99.33	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.34	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	SRS
M99.39	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen	SRS
M99.40	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS
M99.41	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.42	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS
M99.43	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.44	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	SRS
M99.49	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen	SRS
M99.50	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS
M99.51	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.52	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS
M99.53	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.59	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Abdomen und sonstige Lokalisationen	SRS
M99.60	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS
M99.61	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.62	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - un spez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M99.63	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.64	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	SRS
M99.69	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Abdomen und sonstige Lokalisationen	SRS
M99.70	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal]	SRS
M99.71	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal]	SRS
M99.72	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal]	SRS
M99.73	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral]	SRS
M99.74	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	SRS
M99.79	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Abdomen und sonstige Lokalisationen	
M99.80	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal]	URS
M99.81	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal]	URS
M99.82	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal]	URS
M99.83	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral]	URS
M99.84	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	URS
M99.85	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	URS

ICD-Kode	ICD-Klartext	Krankheiten URS - unspez. Rückenschm.; SRS - spez. Rückenschm.; A - Arthrose; O - Osteoporose; RGE - Rheuma; FK* - Fallkonferenz Rücken
M99.86	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Untere Extremität	
M99.87	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Obere Extremität [akromioklavikular, sternoklavikular]	
M99.88	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral]	URS
M99.89	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Abdomen und sonstige Lokalisationen	
M99.90	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Kopfbereich [okzipitozervikal]	URS
M99.91	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich [zervikothorakal]	URS
M99.92	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich [thorakolumbal]	URS
M99.93	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich [lumbosakral]	URS
M99.94	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	URS
M99.95	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	

* Fallkonferenz Rücken ist nur abrechenbar bei vorliegender Kombination eines spezifischen Codes aus dem Bereich Rückenschmerz und einer Schmerzdiagnose mit psychischer Komponente

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

1 Hintergrund.....	2
1.1 Biopsychosoziale Versorgung	2
1.2 Unspezifischer Rückenschmerz	2
2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK.....	3
3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK	4
4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen.....	5
5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK.....	7
5.1 Versorgungsplanung	7
5.2 Einzelfallberatung	7
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 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	12
8 Formulare für die Hausarztpraxis	13

1 Hintergrund

1.1 Biopsychosoziale Versorgung

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

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingstudien 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 eingesetzt⁴.

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 Chronifizierung⁵:

- 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.

⁴Schauder, P., Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G., (2006). Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

⁵Schiltenswolf, M.; Henningsen, P. (2006). Muskuloskeletale Schmerzen. Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialen 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 Schmerzen⁵.

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.

Der Facharztvertrag Orthopädie stellt den Behandlungsschwerpunkt des therapeutischen und diagnostischen Gesprächs in den Vordergrund. Zudem wurde im Facharztvertrag Orthopädie für Versicherte mit unspezifischen Rückenschmerzen und entsprechend vorliegenden Kontextfaktoren die Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg (SD⁶) über den HAUSARZT festgeschrieben (siehe [Anlage 12](#) und Anhang 4 zu Anlage 17, Facharztvertrag Orthopädie sowie Anhang 5.1 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

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.

Hauptauftrag des SD 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 sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg umgesetzt werden.

⁶ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt

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).

3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD 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 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 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 liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Haus- und Facharztpraxen **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung** zur Facharztpraxis. Der SD 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 kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (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 Rechtsgrundlagen⁷.

⁷ §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

Die Facharztpraxis kann zudem den SD als kompetente Ansprechpartner/innen zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD 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 ergeben.

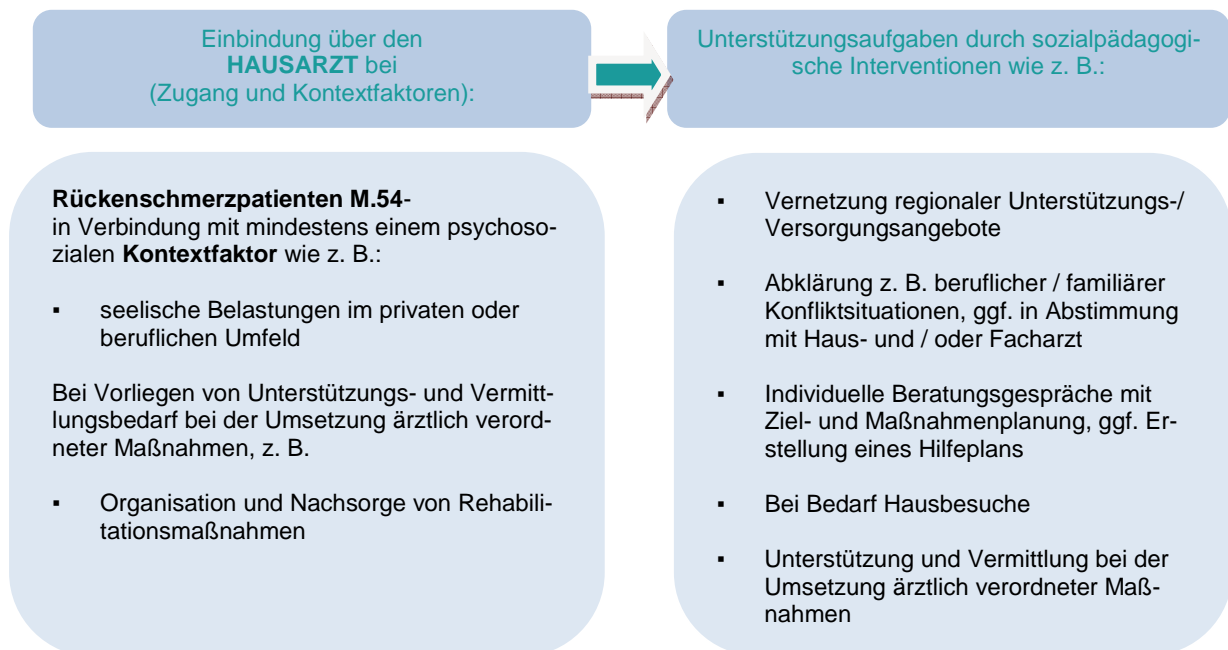


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft des Patienten nach motivationaler Beratung durch den ORTHOPÄDEN und
- Versicherte, bei welchen neben der Diagnose M54.- mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt:
Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- HAUSARZT als Lotse und Koordinator: Zugang zum SD über den HAUSARZT

5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK

Der SD ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit 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 erkennt 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 Problemlösung⁸. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁹.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

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

⁸Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

⁹Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5. , überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

5.3 Case Management

Der SD erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess¹⁰:

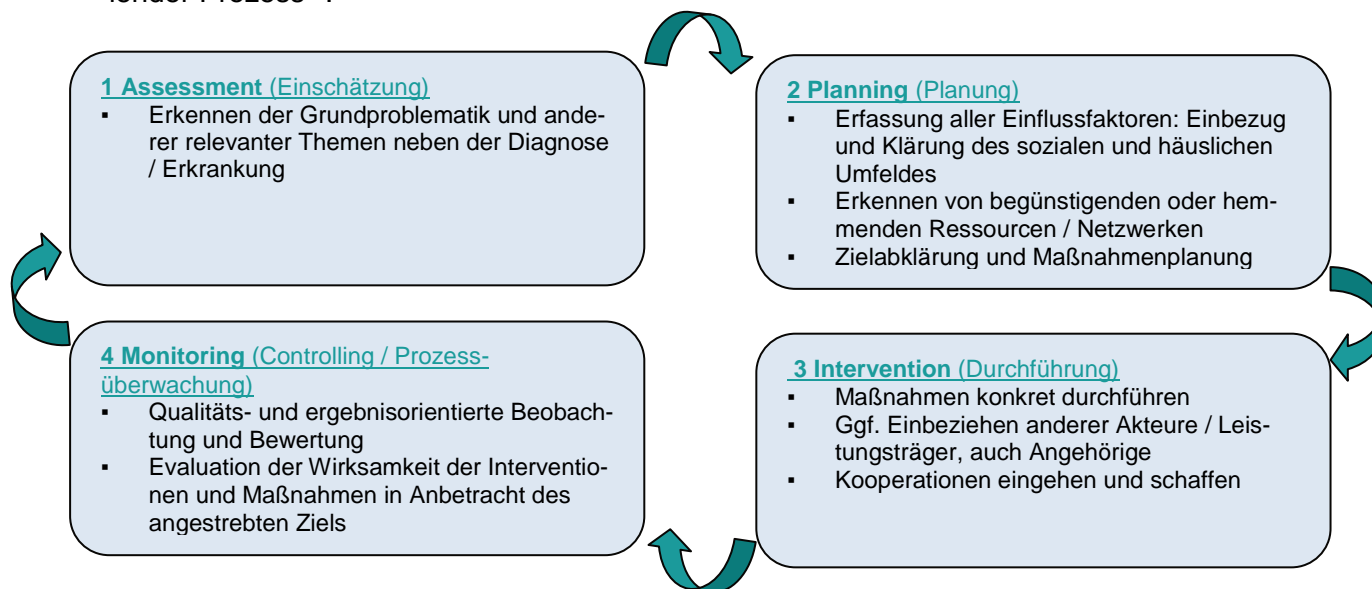


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD 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 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.

¹⁰ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren

Grundlage für eine gelingende, interdisziplinäre Versorgung im Sinne der Versicherten sind strukturierte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Hausarztpraxis und SD.

Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation und Kommunikation werden konkrete Verfahrensabsprachen getroffen. Die Absprachen sollen schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte regeln:

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

Sowohl der SD als auch die Arztpraxis sollen nach diesem Vertrag auf Anfrage miteinander zusammenarbeiten (Anhang 5.1 zu Anlage 17 HZV-Vertrag, Anlage 12 Facharztvertrag Orthopädie).

Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führt dazu, dass frühzeitig Kontakt zur Versicherten-Zielgruppe aufgenommen und zielgerichtet Versichertenfälle unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Beide Seiten tragen durch einen regelmäßigen Austausch zu einer guten Kommunikation und Kooperation bei, symbolisieren dadurch gleiche Interessen im Rahmen der interdisziplinären Versorgung.

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

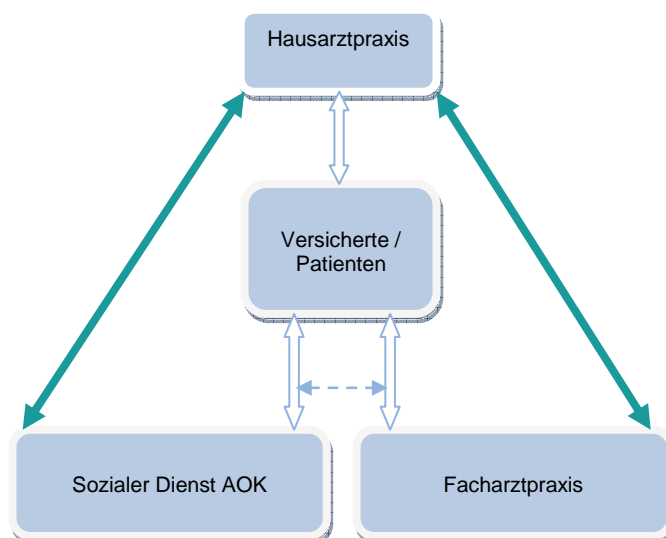


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch den behandelnden HAUSARZT informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹¹:

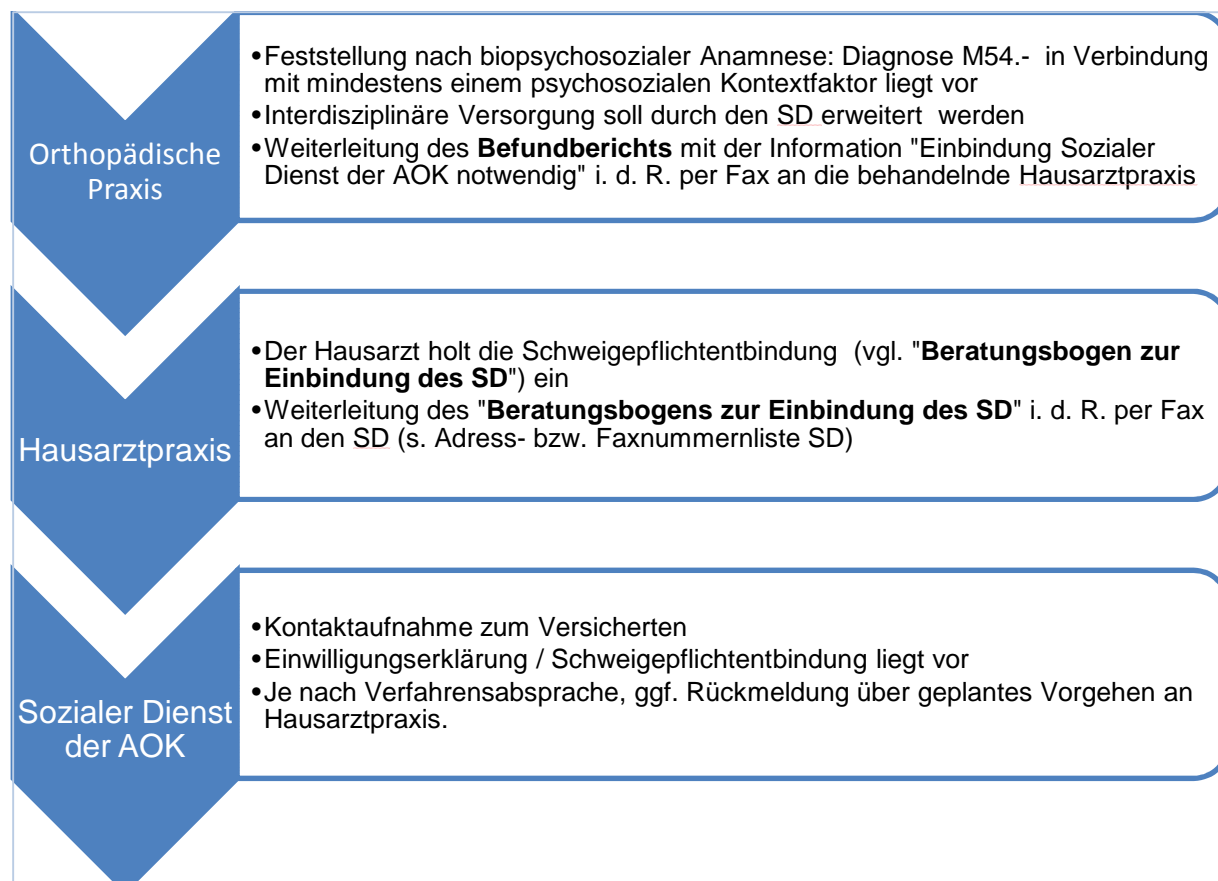


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

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

Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit der Diagnose M54.-, in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen, weitere FACH-ÄRZTE (z.B. PNP-Praxis) über den gewählten HAUSARZT einschalten.

¹¹ Im strukturierte Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

6.2 Dokumenteneinsatz

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

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg“ (vgl. Kapitel 8) gilt als Auftragsformular und wird von der Hausarztpraxis an den SD 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.

Hintergrundinformation für die Hausarztpraxis:

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Der HAUSARZT holt im Vorfeld der Einbindung das Einverständnis zur Kooperation des Versicherten ein. Der SD steht 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 eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienst der AOK“ entsprechend angekreuzt ist.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der „**Information für die für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis**“. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD und steht der Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis 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 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 genutzt.

8 Formulare für die Hausarztpraxis

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



Sozialer Dienst der AOK:
 Kontaktdaten siehe Fax-/
 Adressliste

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- i.d.R. HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des/der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- PNP-Praxis:** Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:
 - M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe 54.- weiter zu spezifizieren (z.B. M54.5 Kreuzschmerz); **M54.____G**
 - sowie**
 - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

- Anruf** in der **Praxis** durch SD wird gewünscht.
- Anruf** bei dem / der **Patient/in** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr
 unter Telefon / Handy _____

Erklärung Patient/in

Ich stimme der Unterstützung durch meine Krankenkasse zu und bin mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

 Datum, Unterschrift Patient/in

Erklärung Praxis

Dem / der Patienten/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.

 Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

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 <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>). 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



Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung

Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder Facharztprogramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und/oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden

Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.

Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg



Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen/Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives/negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte/Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von § 203 Abs. 1 Nr. 5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

AOK-proReha

Nachfolgend finden sich Informationen zu AOK-proReha im Falle einer Endoprothesenimplantation.

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>		2. Übersicht über weitere AOK-proReha-Behandlungsmaßnahmen, die <u>bei Bedarf zusätzlich verordnet werden</u>	
Einzel-Physiotherapie	mind. dreimal wöchentlich 30 Minuten	Einzel-Physiotherapie im Bewegungsbad	in Einzelfällen med. erforderlich, mind. 20 Minuten
Gruppen-Physiotherapie	mind. fünfmal wöchentlich 30 Minuten	Continuous-Passiv-Motion-Therapie	bei schlechter Beugefähigkeit und Steifigkeit, mind. 20 Minuten täglich
Sport- und Bewegungstherapie	Bei muskul. Defiziten Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen, mind. dreimal wöchentlich 30 Min.	Klassische Massagen	bei Schmerzen und Verspannungen der Nacken- und Rückenmuskulatur, mind. zweimal wöchentlich
Ergotherapie	zu Beginn der Rehabilitation mind. 30 Minuten	Lymphdrainage	bei ausgeprägten peripheren Ödemen, mind. dreimal wöchentlich 30 Min.
Spez. Schulungsprogramm	Dauer mind. drei Stunden	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 Rehabilitationseinrichtungen 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**

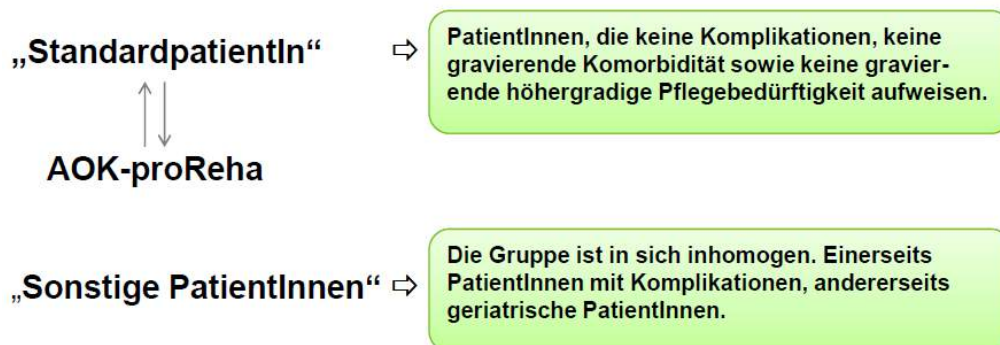
Diese spezialisierte Form der AR wurde von Mai 2008 bis Ende Dezember 2014 modellhaft erprobt, wissenschaftlich begleitet und evaluiert – mit sehr gutem Erfolg. Seit dem 01.01.2015 ist sie als spezielles Angebot in die alternative Regelversorgung übergegangen.

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“).

Standardpatient nach AOK-proReha heißt:



- **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

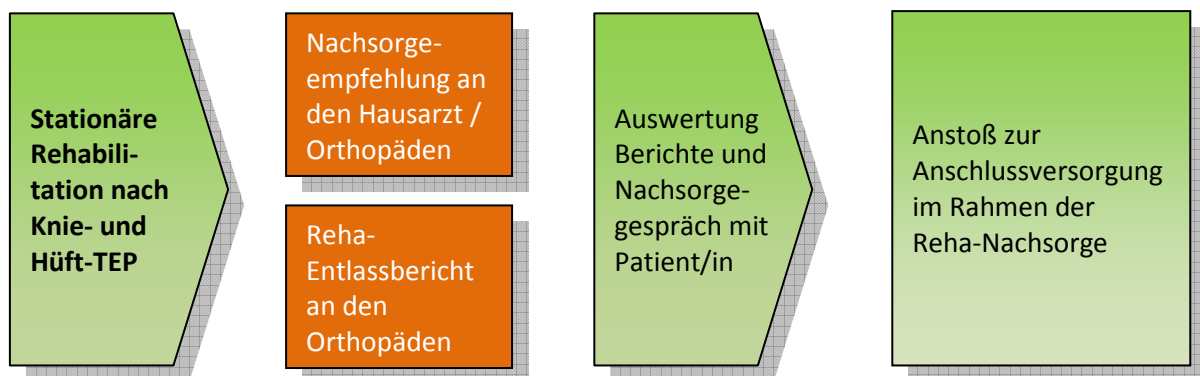
- Erklärung des Entlassbriefs
- Beratung zur Nachsorgeempfehlung
- Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen

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](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/grundlagen/richtlinien/rehabilitation/index.html), jeweils aktuelle Fassung, derzeit vom 19.06.2009 (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/grundlagen/richtlinien/rehabilitation/index.html>)
- [Begutachtungs-Richtlinie](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/grundlagen/richtlinien/begutachtung/index.html) Vorsorge und Rehabilitation, jeweils aktuelle 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.



Ihr persönlicher Reha-Leitfaden

Patienteninformation für die Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksoperationen



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.



ZGH 0196 - 05/13 - 15' - Fotos: Burkhardt Helliwig

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-Passiv-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-Passiv-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, Umwelтанpassungen 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 Lympheflüssigkeit 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.



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 Ditzgenbach), 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 Ditzgenbach), 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	<u>Hüft-TEP:</u> Flexion 90° Extension 0° Abduktion 20° <u>Knie-TEP:</u> 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 Trainings- therapie	Physiotherapeut Diplom-Sport- lehrer
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 Entstauungs- therapie	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) <i>Nur bei Hüft-TEP:</i> 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 Thromboseprophylaxe	mindestens vier Wochen ab OP-Datum	<i>Indikation:</i> alle Patienten	Arzt
<u>Nur bei Hüft-TEP:</u> Medikamentöse Ossifikationsprophylaxe	entsprechend den Vorgaben des Operateurs		Arzt
Physiotherapie			
Allgemeine Indikationen: muskuläre Defizite, Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Schmerzen, Koordinationsstörungen <i>Kontraindikationen sind nur für einzelne Physiotherapietechniken definierbar.</i>			
Einzel-Physiotherapie (darunter auch Gehschule)	mindestens dreimal wöchentlich ¹ 30 Minuten	<i>Indikation:</i> alle Patienten	Physiotherapeut
Gruppen-Physiotherapie (maximal 10 Teilnehmer)	mindestens fünfmal wöchentlich 30 Minuten	falls Gruppe medizinisch vertretbar	Physiotherapeut
Einzel-Physiotherapie im Bewegungsbad	mindestens 20 Minuten	beim Standardpatienten nicht erforderlich	Physiotherapeut
Gruppen-Physiotherapie im Bewegungsbad	mindestens fünfmal wöchentlich mindestens 20 Minuten	falls medizinisch vertretbar ²	Physiotherapeut
Continuous Passive Motion	täglich mindestens 20 Minuten	<i>Indikation Hüft-TEP:</i> im Einzelfall bei schlechter Beugefähigkeit <i>Indikation Knie-TEP:</i> 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	<i>Indikation:</i> muskuläre Defizite, Bewegungseinschränkungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen <i>Kontraindikation:</i> aktuelle Schmerzprobleme oder Reizzustände in der betroffenen Region	Physiotherapeut Diplom-Sportlehrer
Patientenschulung			
spezielles einrichtungsspezifisches, standardisiertes Schulungsprogramm	Dauer insgesamt mindestens drei Stunden	<i>Indikation:</i> 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	<i>Indikation:</i> alle Patienten	Ergotherapeut
Massage			
Klassische Massage	mindestens zweimal wöchentlich	<i>Indikation:</i> Schmerzen und Verspannung der Nacken- und Rückenmuskulatur <i>Knie-TEP:</i> nur in Einzelfällen erforderlich	Masseur Physiotherapeut
Manuelle Lymphdrainage	mindestens dreimal wöchentlich bei Bedarf, bis zur Rückbildung mindestens 30 Minuten	<i>Indikation:</i> ausgeprägte periphere Ödeme	Masseur Physiotherapeut
Kryotherapie			
Kryotherapie	nach Bedarf	<i>Indikation:</i> lokale Schmerzen und Schwellung, Hämatom	Masseur Physiotherapeut Pflegepersonal
Sozialberatung			
Sozialberatung	nach Bedarf	<i>Indikation:</i> ungeklärte häusliche Versorgung, anstehender Nachteilsausgleich	Reha- und Sozialberater

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

Psychologische Therapie			
Einzelgespräche Schulung Entspannungstraining	individuell	<i>Indikation:</i> bei behandlungsbedürftiger psychischer Komorbidität	Psychologe
Ernährungsberatung			
Ernährungsberatung	individuell	<i>Indikation:</i> 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 Bewegungseinschränkung³

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)

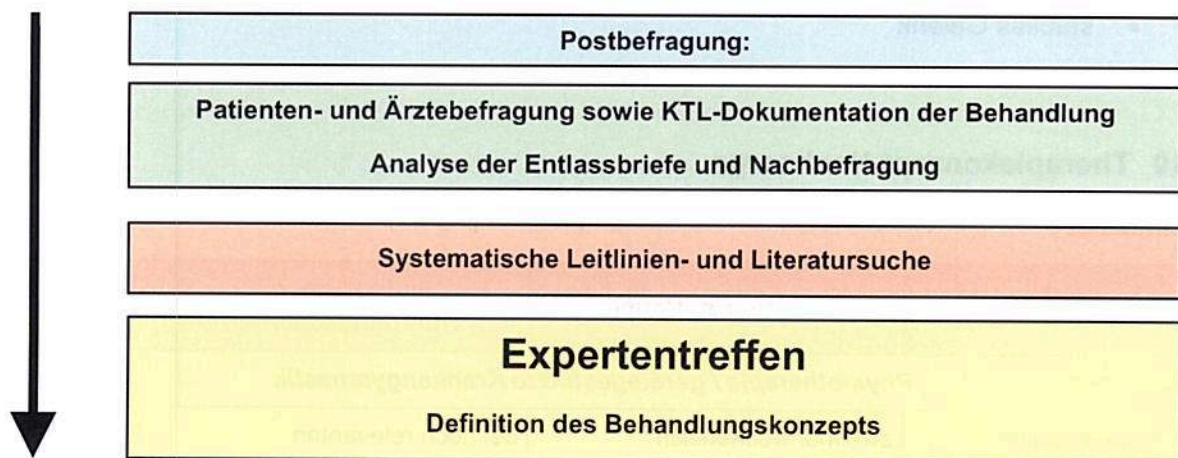
Therapieform	Frequenz / Dauer	Indikationen / Kontraindikationen	Zuständig- keit
Physiotherapie / gerätegestützte Krankengymnastik			
Physiotherapie / gerätegestützte Krankengymnastik	zweimal wöchentlich 20-30 Minuten plus Eigenübungsprogramm <u>Hüft-TEP:</u> über drei bis sechs Wochen, bei gerätegestützter KG auch länger <u>Knie-TEP:</u> über vier bis acht Wochen, bei gerätegestützter KG auch länger	bei noch relevanten Bewegungseinschränkungen oder bei Gangunsicherheit <u>Hüft-TEP:</u> - ggf. zur Gehhilfeentwöhnung - insgesamt bei ca. 50-60% aller Standardpatienten <u>Knie-TEP:</u> - insgesamt bei ca. 80-90% aller Standardpatienten	Physio- therapeut
eigenständiges Übungsprogramm Schriftliche Information durch die Rehabilitationsklinik	<u>Hüft-TEP:</u> täglich über mindestens sechs Wochen <u>Knie-TEP:</u> 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 Patientenkielstel (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 Indikation) 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 Analyseverfahren (Intention-to-Treat-Analyse) und Power. Bei Vorliegen von mehr als 3 von 5 möglichen Punkten⁴ 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-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 Ditzgenbach	73342	Bad Ditzgenbach
8	260832197	Limberger	78066	Bad Dürnheim
9	260832482	Waldeck Klinik GmbH & Co	78073	Bad Dürnheim
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

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

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

Einbindung in den Vertrag nach § 73c SGB V Orthopädie

AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP



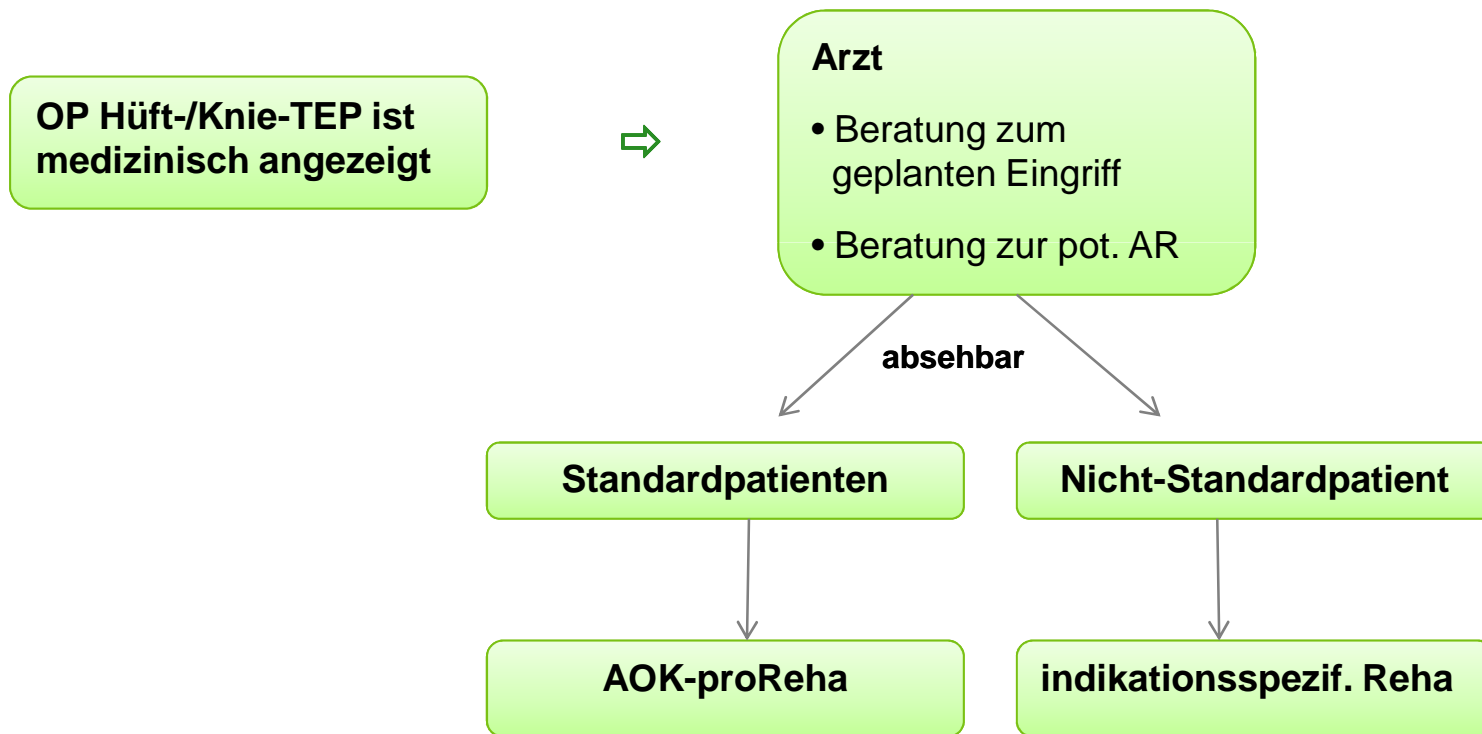
AOK-proReha =

- **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

„Spezielles Angebot“ heißt:

Die Teilnahme der PatientInnen ist freiwillig

Ärztliche Beratung + Information heißt:



AOK-proReha nach Hüft- + Knie-TEP



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.

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



Nachsorgeempfehlung:

AOK proReha
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 _____
 Triglyzeride _____ oder HbA1c _____

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

Mein persönlicher AOK-Reha-Begleiter

Medikamentöse Therapie

Ergänzung und Konkretisierung durch
Arzneimittelkommission

Behandlungspfad „Medikamentöse Versorgung Osteoporose“

Die Basis dieses Behandlungspfads stellen die jeweils aktuell gültigen Leitlinien des DVO (Dachverband Osteologie e.V.) dar [1][2].

Aus diesen ergibt sich über das Risikoscreening die Indikation zur Basisdiagnostik bei einem 10-Jahres-Fraktur-Risiko von 10%.

Basistherapie

Indikation

- alle Risikopatienten der Basisdiagnostik

Therapeutische Maßnahmen

- Sturzprävention durch Bewegungstraining, Revision des Medikamentenplans etc.
- Möglichst **alimentäre Calcium-Zufuhr von 1.000 – 1.500 mg/Tag**, nur bei unzureichender alimentärer Zufuhr ist Ca^{2+} zu substituieren. **Die Gesamttagesdosis von 1.500 mg/Tag Ca^{2+} sollte nicht überschritten werden.**
- Vitamin-D3-Zufuhr von 800-2000 I.E./Tag (Zielwert: >20ng/ml (>50 nmol/l), Messung nur im Einzelfall!). Für die Leitlinie des DVO 2014 sind 800-**1.000 I.E./Tag** vorgesehen.

Spezifische medikamentöse Therapie

Indikation

- Bei osteoporotischen Frakturen und T-Werten $\leq -2,0$ ist von vornherein eine spezifische medikamentöse Therapie indiziert!
- reduzierte Knochendichte (Tabelle 1 und 2)

Lebensalter in Jahren		T-Wert (Nur anwendbar auf DXA-Werte. Die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie ist bei T-Werten > -2 nicht belegt.)				
Frau	Mann	-2 bis -2,5	-2,5 bis -3	-3 bis -3,5	-3,5 bis -4	< -4
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

Tabelle 1: DVO-Empfehlungen für eine spezifische medikamentöse Therapie (nach [2])

Folgende Risikofaktoren (Tabelle 2) können eine Anhebung der Therapiegrenze bedingen:
 bei einem Risikofaktor um +0,5 T-Werte,
 bei mehreren um +1,0 T-Werte bis max. -2.

Risikofaktoren	Evidenz	
1. allgemeine Risiken	periphere Fraktur nach dem 50. Lebensjahr	B
	singuläre Wirbelkörperfraktur 1. Grades	B
	proximale Femurfraktur eines Elternteils	B
	multiple Stürze	B
	Immobilität	B
	fortgesetzter Nikotinkonsum	B
	Abnahme der DXA-Knochendichte am Gesamtfemur um 5% und mehr in 2 Jahren	B
	Knochenbauparameter im 1. Quartil als Einzelfallentscheidung	D
hs-CRP	*	
2. Krankheiten	Subklinischer Hyperkortisolismus	C
	primärer Hyperparathyreoidismus (konservativ behandelt)	B
	Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz	B
	TSH-Werte < 0,3 mU/l (falls nicht behebbar)	B
	Diabetes mellitus Typ 1	B
	rheumatoide Arthritis	D
	B-II-Operation/Gastrektomie	B
	Epilepsie	B
Hypogonadismus (Serum-Testosteron < 200 ng/dl) (6,9 nmol/l)	B	
3. Medikamente	antiandrogene Therapie	B
	Aromatasehemmer-Therapie	D
	orale Glukokortikoide < 7,5 mg für mehr als 3 Monate	**

Tabelle 2: Risikofaktoren, die die Therapieschwelle mitbestimmen [1]

- Bei Einnahme oraler Glukokortikoide
 ≥7,5 mg Prednisolonäquivalent tgl. ≥3 Monate unabhängig vom Lebensalter, wenn gleichzeitig ein T-Wert ≤ -1,5 vorliegt.
 < 7,5 mg Prednisolon-Äquivalent tgl. für ≥3 Monate: Anhebung der Therapiegrenze (Tabelle 1) um +1,0 T-Werte, wenn kein weiterer Risikofaktor vorliegt,
 Anhebung um +1,5 T-Werte bei einem zusätzlichen Risikofaktor,
 Anhebung um +2,0 T-Werte bei zwei und mehr zusätzlichen Risikofaktoren bis max. -2,0.

Medikamentöse Therapie

Tabelle 3 zeigt eine Auswahl von Osteoporose-Arzneimitteln mit hohem Evidenzniveau, deren Dosierungen, Darreichungsformen, Indikationen:

Wirkstoff	Präparat	Dosierung	Darreichungsform	PMO	Mann	DIO
Alendronsäure	Alendronsäure-Generika	10 mg/Tag	Tablette	■	■	■
	Alendronsäure-Generika	70 mg/Woche	Tablette	■		
	Tevanate®	10 mg/Tag	Tablette	■		
	Tevanate®	70 mg/Woche	Tablette	■		
	Fosamax®	10 mg/Tag	Tablette	■	■	■
	Fosamax®	70mg/Woche	Tablette	■		
Risedronsäure	Risedronsäure-Generika	35 mg/Woche	Filmtablette	■	■	
	Risedronsäure-Generika	2 x 75 mg/Monat	Filmtablette	■		
	Actonel®	5 mg/Tag	Filmtablette	■		■ ¹⁾
	Actonel®	35 mg/Woche	Filmtablette	■	■	
	Actonel®	2 x 75 mg/Monat	Filmtablette	■		
Ibandronsäure	Ibandronsäure-Generika (Filmtabletten)	150 mg/Monat	Filmtablette	■		
	Bonviva® 150mg Filmtabletten	150 mg/Monat	Filmtablette	■		
	Ibandronsäure-Generika (Fertigspritzen)	3 mg/Quartal	i.v.-Injektion	■		
	Bonviva® 3mg Injektionslösung	3 mg/Quartal	i.v.-Injektion	■		
Zoledronsäure	Aclasta® 5 mg Infusionslösung	5 mg/Jahr	i.v.-Injektion	■	■	■
Raloxifen	Raloxifen HCl Hexal	60 mg/Tag	Filmtablette	■		
	Evista®, Optruma®	60 mg/Tag	Filmtablette	■		
Strontiumranelat	Protelos®	2 g/Tag	p.o.-Suspension	■	■	
Denosumab	Prolia®	60 mg/Halbjahr	s.c.-Injektion	■	■ ²⁾	
Teriparatid (PTH 1-34)	Forsteo®	20 µg/Tag	s.c.-Injektion	■	■	■

Tabelle 3: Übersicht von Osteoporose-Medikamenten (nach [3])

PMO: Zulassung für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose

Mann: Zulassung für die Behandlung der männlichen Osteoporose

GIO: Zulassung für die Behandlung der Glukokortikoid-induzierten Osteoporose bei Frauen und Männern (sofern nicht anders angegeben)

1) Zulassung nur bei Frauen

2) nur im Zusammenhang mit antiandrogener Therapie bei Patienten mit Prostatakarzinom

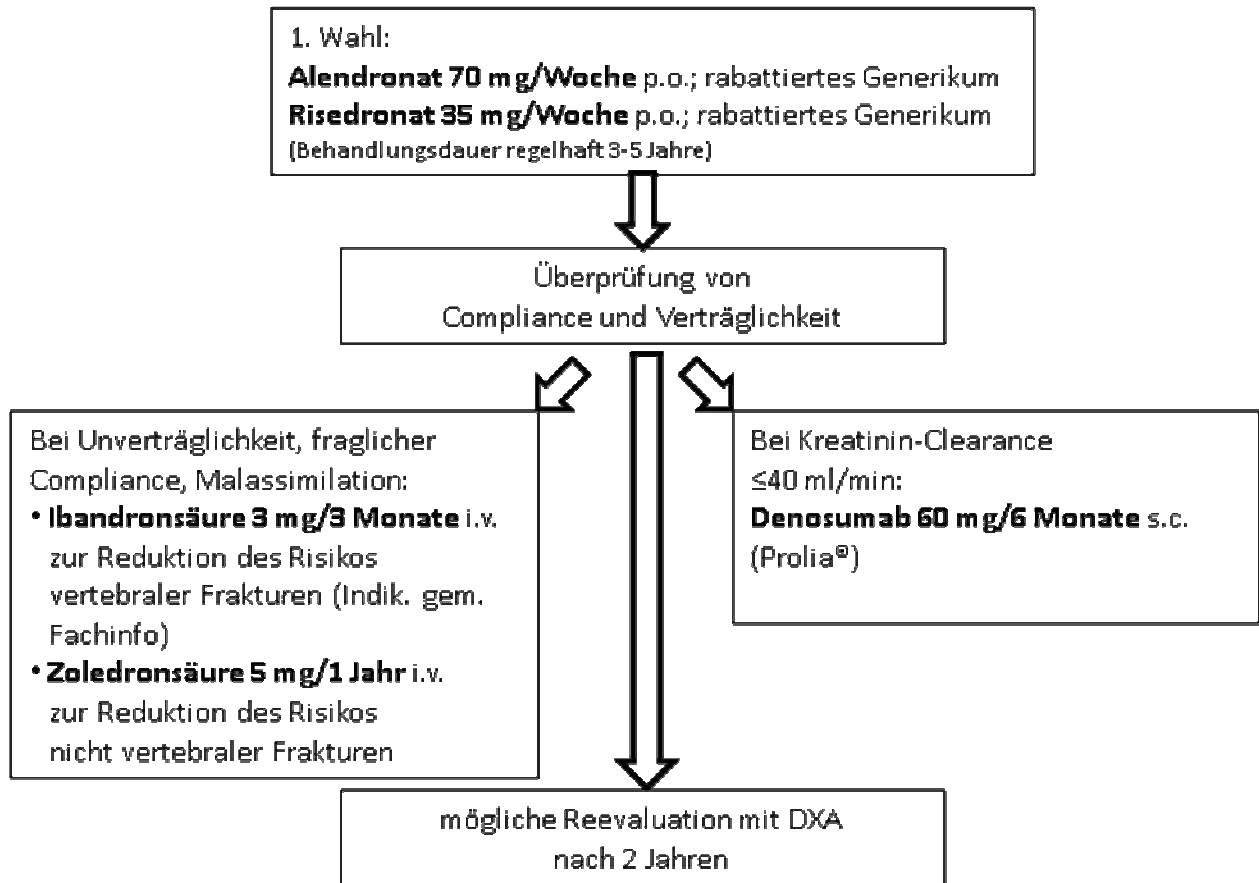


Abbildung 1: empfohlene Behandlungsstrategie

Bei fragwürdiger oder unbefriedigender Wirksamkeit nach 2-jähriger konsequenter Anwendung eines Bisphosphonats ggf. Substanzwechsel unter Berücksichtigung der Verordnungsfähigkeit (G-BA), z.B. ≥ 2 Frakturen in den letzten 1 ½ Jahren oder mehr als 5 % Verlust an Knochenmasse im letzten Jahr:

Wirkstoff	Präparat	Bemerkung
Strontiumranelat	Protelos®	KI Niere: Krea-Clearance <30ml/min, G-BA-Hinweis [4]
1-34-Parathormon (Teriparatid)	Forsteo®	begrenzte Therapiedauer (Fachinfo), strenge Indikationsstellung, G-BA-Hinweis [5]
Raloxifen	Evista®, Optruma®	3.Wahl, strenge Indikationsstellung (Nebenwirkungen/KI), G-BA-Hinweis [6]

Tabelle 4: Ausweichpräparate für die spezifische medikamentöse Osteoporosetherapie

Auszüge aus den G-BA-Hinweisen

- Strontiumranelat [4]:

„In Zusammenschau mit den beschriebenen Risiken und Unklarheiten ist eine Umstellung der Behandlung auf Strontiumranelat allenfalls nach mindestens zwei Frakturen in den letzten 18 Monaten unter adäquater Vorbehandlung mit Bisphosphonaten bei Abwägung therapeutischer Alternativen (Parathormon/SERM) in Erwägung zu ziehen.“

- Teriparatid [5]:

„Unter folgenden kumulativen Bedingungen ist eine Verordnung von Teriparatid möglich:

- nur bei manifester Osteoporose mit mindestens 2 neuen Frakturen in den letzten 18 Monaten

und

- kein ausreichendes Ansprechen auf eine direkte und adäquate Vorbehandlung über mindestens 1 Jahr oder
- nach Absetzen der Bisphosphonatbehandlung aufgrund von Unverträglichkeiten (z. B. ösophageale Ulcera, Erosionen oder Strikturen oder entsprechende schwere gastrointestinale Symptome) oder
- bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegen Raloxifen (siehe entsprechenden Therapiehinweis)“

- Raloxifen [6]:

„Wenn in einem individuellen Fall über die Gabe von Raloxifen oder Hormonersatztherapie zu entscheiden ist, sind klimakterische Symptome, Auswirkungen auf das Brustgewebe sowie kardiovaskuläre Risiken und Nutzen zu berücksichtigen. Wegen der Langfristigkeit der Therapie ist insbesondere die Bereitschaft zur Compliance jeweils sorgfältig abzuklären. Die gleichzeitige Gabe von Raloxifen und systemisch wirkenden Östrogenen wird nicht empfohlen und es wird keine Indikation für prämenopausale Frauen gesehen.“

Literatur

[1] DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. Langfassung, Osteologie, Bd. 4, S. 304-324, 2009, Schattauer Verlag

[2] DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose im Erwachsenenalter. Kitteltaschenversion / Kurzfassung

[3] Verordnungsforum 25; Februar 2013; KVBW Stuttgart

[4] BAnz. 2008, Nr. 186 vom 5. Dezember 2008, S. 4349

[5] BAnz. 2007, Nr. 58 vom 21. November 2006 S. 3121

[6] BAnz. 2000, S. 10 094/ 10 095

wichtige Mitteilung über ein Arzneimittel

Rote-Hand-Brief Protelos® 10.03.14 (kardiovaskuläres Risiko)

Rote-Hand-Brief Prolia® 20.02.13 (atypische Femurfrakturen)

Hilfsmittelversorgung

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie 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.

Versorgungs- und Leistungsinhalte Urologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
Hausarztebene	Urologisch evidenzbasierte Versorgung
<p>Schnittstelle Hausarzt/Urologe für alle Krankheitsbilder</p> <p>Die Rolle des Hausarztes (HA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung ▪ Biopsychosoziale Anamnese ▪ Klinische Untersuchung ▪ Ggf. Laboruntersuchung ▪ Ggf. apparative Diagnostik ▪ Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) ▪ Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) ▪ Die Überweisung vom Hausarzt zum Urologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien bzw. in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u. a.) und Medikamentenplan ▪ Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes ▪ Weiterbehandlung (vorzugswei- 	<p>Einführung Versorgungsinhalte (Begründungen auch in Anlage 17, Umsetzung in Anhängen zu Anlage 17)</p> <p>Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist es, die Versorgung zu verbessern und die Qualitätsanforderungen auf Überschriftenebene zu beschreiben für ein allgemeines Verständnis.</p> <p>Neben der Grundversorgung (I.) werden Versorgungsthemenblöcke (II.) aufgeführt, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die biopsychosoziale* und kooperative Versorgung integrieren sowie 2. die Aufklärung und die Patientenbeteiligung fördern durch mehr Zeit für das Gespräch einschließlich gemeinsamer Entscheidungsfindung¹ gemäß aktuellem evidenzbasiertem Wissensstand. <p>*Biopsychosozial integrieren meint neben biologisch-medizinischen Faktoren soziale und psychische zu berücksichtigen, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44); Das Gesundheitswesen 2015, 77).</p> <p>Vorausgesetzt werden dafür u. a.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der kontinuierliche Bezug zu aktuellen Leitlinien (www.awmf.org), aktuellen Fachzeitschriften auch aus dem Gesundheitswesen und unabhängigen Institutionen (u. a. BZgA, IQWiG, ÄZQ, KID bzw. DKFZ, G-BA, RKI). 2. die korrekte spezifische und endstellige Diagnoseverschlüsselung abgekürzt gemäß aktueller Fassung der ICD German Modification (GM).

¹ Die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

se nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

Überweisung an den Facharzt enthält folgende Punkte:

- Diagnose/Verdachtsdiagnose (inkl. ICD-10 Kodes)
- Bekannte somatische und psychische Komorbiditäten, Risikofaktoren und Symptome (inkl. ICD-10 Kodes)
- Ggf. bereits erhobene Befunde wie Laborparameter, Bildgebung usw.
- Ggf. Medikamentenplan
- Ggf. andere Besonderheiten wie z. B. häusliche Umstände

Befundbericht an weiterbehandelnden Arzt (HA) durch den Urologen:

- Diagnose einschließlich deren spezifische Kodierung nach ICD-10
- Laborparameter auch zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HA erfolgt)
- Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan. Folgeverordnungen finden, sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte, beim Hausarzt statt.
- Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum Facharzt führen sollen, z. B. zu Verlaufskontrollen, wiederkeh-

I. Grundversorgung

Facharzzebene

Urologische Versorgungsinhalte im Überblick

Grundsatz (siehe auch Anlage 17)

- Gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. gemeinsam klug entscheiden („choosing wisely“ www.awmf.org) auf Grundlage des persönlichen Gesprächs und unabhängiger Informationen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand fördern die Versorgungsqualität (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44), 2016, 113 (8); Der Urologe, 2011, 50; Das Gesundheitswesen, 2014, 76).
- Links zum Thema v. a.: www.awmf.org, www.patienten-information.de, www.gesundheitsinformation.de; Motto: verstehen, abwägen, entscheiden.
- Die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für eine Behandlungsform entspricht zudem der Berufsordnung, dem Patientenrechtegesetz und bezogen auch auf die Krebsfrüherkennung dem Sozialgesetzbuch V (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)). Zudem fordert der Nationale Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (2012; www.bmg.bund.de) in seinem Ziel 13, dass Patienten aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden.
- Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Informationsbedürfnissen (Der Urologe, 2011, 50) und Präferenzen bei der Entscheidungsbeteiligung (Das Gesundheitswesen, 2014, 76).

Die gemeinsame Entscheidungsfindung sollte konkret folgende Schritte umfassen

(Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40))

- Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zwischen **zwei oder mehr Möglichkeiten** besteht.
- Der Patient erhält **wissenschaftlich geprüfte Informationen** über die Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken in verständlicher Form.
- Der Arzt gibt dem Patienten die Gelegenheit zu einem **gemeinsamen Abwägungsprozess**, in dem der Patient seine persönlichen Präferenzen klärt.

renden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen.

Grundlagen Versorgung

1. Biopsychosoziale Anamnese allgemein z. B.

- aktuelle (Anfangs-)Beschwerden zu urologischen Leitsymptomen
- Schmerzen
- Vorerkrankungen, Verletzungen und Operationen
- familiäre Krankheitsgeschichte z. B. v. a. Prostatakarzinom, Steinerkrankungen
- Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonus, Diabetes mellitus, psychische Störungen usw.
- bisherige Behandlungen z. B. Bestrahlungen, Operationen, Unfälle
- körperliche und seelische Beschwerden wie z. B. Müdigkeit, Leistungsknick, Appetitmangel, B-Symptomatik
- Größe, Gewicht, Allgemeinzustand
- Soziodemographische Anamnese z. B. Berufs-, Expositionsanamnese, Familienstand
- ggf. (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche/sportliche Aktivität usw.
- Medikamentenanamnese bzw. -plan
- Kontraindikationen, Allergien usw.

2. Körperliche Untersuchungen

- Inspektion und Palpation Abdomen und ggf. äußeres Genitale, ggf. digitorektale Untersuchung

3. Ggf. weiterführende Diagnostik in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten z. B.

- Urin-, Labordiagnostik
- Urogenital-Sonografie
- Spezielle urologische Diagnostik z. B.
 - Zystoskopie
 - Spermiogramm
 - Harnstrahlmessung
 - (Video-)Urodynamik
 - Fachgebundene radiologische Diagnostik
 - Sonstige Bildgebung wie CT, MRT, PET

4. Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung einschließlich Klärung zu möglichen Maßnahmen und zum Vorgehen für die weitere Gesundheitsversorgung wie z. B.

- ggf. nicht-medikamentöse Maßnahmen u. a. einschließlich gemeinsamer Zielvereinbarung mit dem Patienten und Motivationsförderung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (z. B. körperliche/sportliche Aktivität, Nikotinkarenz, Ernährung) gemäß Anlage 17
- ggf. medikamentöse Maßnahmen
- im Falle erforderlicher stationärer Aufnahme: vorbereitendes und vernetzendes Einweisungsmanagement und ggf. Hinweis

zum Entlassmanagement der Krankenhäuser u. a. mit Informationen zur korrekten spezifischen und endstelligen Diagnoseverschlüsselung nach aktueller ICD GM sowie z. B. auch zu Behandlungsdauer, Behandlungsverlauf, Medikamentenplan und weiteren behandlungsrelevanten Informationen

- ggf. Hilfsmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 2
- ggf. Heilmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 3
- ggf. Rehabilitation gemäß Anlage 17, Anhang 4
- ggf. weitere supportive Maßnahmen v. a. zur Förderung der Teilhabe am Leben wie ggf. ergänzende Beratung durch den Sozialen Dienst der AOK bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17, Anhang 1
- ggf. invasive Verfahren als Therapie wie z. B. Harnableitung im Pflegeheim oder im Setting der häuslichen Krankenpflege (HKP)

5. Strukturierter Befundbericht

- für den HAUSARZT vom FACHARZT mit korrekter spezifischer endstelliger Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw.

II. Einführung zu den Versorgungsthemenblöcken mit besonderer patientenzentrierter fachärztlicher Beratung aufbauend auf der Grundversorgung:

- a. Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc.**
 Korrekte spezifische endstellige Kodierung einschließlich z. B. arzneimittelinduzierter Blutbildveränderungen (D70.1-), Metastasen (C77-79) und chronische Schmerzen (R52.- oder F45.4-) auch im Verlauf
- b. Benigne Erkrankungen**
 Korrekte spezifische endstellige Kodierung

Grundlagen

- Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance (Anm.: bzw. Adhärenz) sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen und das Selbstmanagement der Erkrankung. Als in der Versorgung noch verbesserungswürdig wird die Aufklärung über Therapiealternativen in der fachärztlichen Behandlung und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung in Deutschland beschrieben (Das Gesundheitswesen, 2015, 77).
- Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen der Patienten, die Entscheidungsfindung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede. Sie soll auch dazu beitragen, dass die Entscheidung z. B. zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennung nicht auf Basis von lückenhafter Information getroffen wird (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)).

Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand

Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5, Z71 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12

- Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt)
- Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiärem Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren
- Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen)
- Links z. B. www.awmf.org, www.krebsinformationsdienst.de bzw. www.dkfz.de, www.gesundheitsinformation.de, www.aezq.de, www.patienteninformation.de, www.krebsgesellschaft.de, www.leitlinienprogramm-onkologie.de, www.krebshilfe.de, www.rki.de,
- Ggf. körperliche Untersuchung.

Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand plus anschließende Durchführung

Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12

- Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt)
- Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiären Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren
- Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen)
- Links z. B. www.awmf.org, www.krebsinformationsdienst.de bzw. www.dkfz.de, www.gesundheitsinformation.de, www.aezq.de, www.patienteninformation.de, www.krebsgesellschaft.de, www.leitlinienprogramm-onkologie.de, www.krebshilfe.de, www.rki.de
- Wenn das Ergebnis der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient die anschließende Durchführung der Krebsfrüherkennungsmaßnahme ist, erfolgen die PSA-Bestimmung und ggf. körperliche Untersuchung:
 - Kontrollintervalle z. B. gemäß der jeweils aktuell gültigen S3-Leitlinie Prostatakarzinom:
 - individuell auch seltener, wenn kein familiäres Risiko besteht bei PSA < 1 ng/ml: Intervall maximal alle 4 Jahre
 - PSA 1-2 ng/ml: Intervall maximal alle 2 Jahre
 - PSA > 2 ng/ml: Intervall maximal jedes Jahr,
- Anm.: Im Falle eines auffälligen rektalen Befundes Hinweis an den HAUSARZT zur weiteren interdisziplinären Abklärung und Betreuung durch den FACHARZT Gastroenterologie

Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf Prostatakarzinom

„Die Grenzen zwischen der Wahl einer Verdachtsdiagnose und einer gesicherten Diagnose sind [...] fließend. Es obliegt letztendlich der Entscheidung des Arztes, die Festlegung zu treffen. Verdachtsdiagnosen sind weiterhin anzugeben, insbesondere bei ausstehenden Befunden, wenn mit einer spezifischen Therapie noch gewartet werden kann, bis der endgültige Befund vorliegt“ (Deutsches Ärzteblatt, 2011, 108 (6): A-271)

Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C61 V/G, D40.0 G bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 einschl. der den Verdacht begründenden Symptome wie R30.-, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R39.-, N02.-, N48.4

- Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen
- Körperliche Untersuchung
- Veranlassung der PSA-Bestimmung
- Transrektale Sonographie

	<p>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf bzw. gesicherten sonstigen urologischen Karzinomen bzw. Tumoren, hier exklusiv Prostatakarzinom</p>
	<p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C60.- bis C68.- (exkl. C61), L90.0, D40.- (exkl. D40.0), D41.-, D44.-, D48.- V oder G gemäß Anlage 12 und Anhang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen ▪ Körperliche Untersuchung
	<p>Versorgungsthemenblöcke</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. (BG steht für Beratungsgespräch; BG1a bzw. BG1b, BG2, BG3 sowie BGU) ▪ Benigne Erkrankungen (BG4 und BG5) <p>Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand</p>
	<p>Beratungsgespräch Prostatakarzinom (BG1a bzw. BG1b)</p>
	<p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung – Fragebögen zur Harnkontinenz (z. B. ICIQ) und zur erektilen Funktion (z. B. IIEF-5) auch im Verlauf z. B. prä- und postoperativ sowie jährlich ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. <ul style="list-style-type: none"> – schrittweises Informieren durch Aufmalen der Befunde, Fragen klären und auf Wunsch des Patienten Angehörige einbeziehen – Berücksichtigung der Lebensqualität, Lebensziele und Patientenwünsche – ggf. insbesondere auch Aufklärung zur sekundären symptomorientierten Therapie (Abwartendes Verhalten/Watchful Waiting (WW))
	<p>Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand</p>

- „choosing wisely“ v. a. gemäß www.awmf.org. v. a. auch in der Palliativversorgung
 - Verwendung von Patienteninfomaterialien bzw. -ratgebern bzw. Entscheidungshilfen gemäß aktuellem Wissensstand
 - frühzeitige interdisziplinäre Vernetzung z. B. auch bei psychischen Störungen/Belastungen gemäß Facharztvertrag PNP
 - Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung)
 - Informationen zur Selbsthilfe, Krebsberatungsstellen und ggf. Rehabilitationssport
 - zu Möglichkeiten der Rehabilitation (falls noch nicht geklärt im Krankenhaus bzw. vom HAUSARZT)
 - zur Palliativversorgung (die multiprofessionell und interdisziplinär die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühungen setzt, aktuelles Leitlinienprogramm Onkologie ((2015); Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112, (50)); ggf. auch Vernetzung in Abstimmung mit VERAH/HAUSARZT sowie EFA wie z. B. Pflege und Betreuung zu Hause u. a. einschl. ggf. Hospiz gemäß Leitlinie Palliativmedizin
- **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**
 - zur Aktiven Überwachung (AS) bei „niedrig-Risiko“ d. h. kleiner/gleich Gleason-Score 6, \leq cT2a, PSA unter 10ng/ml (Deutsches Ärzteblatt 2016, 113, (19)) auch gemäß Anlage 17
 - ggf. zur operativen Entfernung der Prostata, Operation möglichst in zertifiziertem Zentrum
 - zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von körperlicher/sportlicher Aktivität (www.rki.de) speziell auch bei Prostatakarzinom auch zur Verminderung/Vermeidung von Inkontinenzbeschwerden prä- und postoperativ (v. a. Walking, Laufen)
 - interdisziplinäre Versorgung mit dem HAUSARZT v. a. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und insbesondere auch zur Palliativversorgung
 - Beachtung sonstiger Medikamenteneinnahme z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Störungen (ggf. auch Nebenwirkung erektile Dysfunktion)

Beratungsgespräch sonstige Karzinome exklusiv Prostata (BG2)

Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2

Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen

- **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**
 - Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung
- **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B.**
 - Punkte analog wie o. g. unter BG1

▪ **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**

- zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe z. B.
 - Blasenkarzinom: zu Risikofaktoren wie Rauchen, berufliche Exposition, bei langjährigen Katheterträgern usw., bei oberflächlichem Befund engmaschige Kontrollzystoskopien in der Nachsorge, bei Blasenersatz engmaschige biochemische Kontrollen sowie ggf. Kontrollkoloskopien
 - Nierenzellkarzinom: nicht chemotherapiesensibel, bei lokaler Begrenzung komplette Entfernung elementar, wenn fortgeschritten umfassende palliative Versorgung gemäß Leitlinie Palliativmedizin
 - Peniskarzinom: auch engmaschige Nachsorge und körperliche Untersuchungen (Lymphknotenmetastasen v. a. in den ersten zwei Jahren, Lokalrezidive auch später)
 - Hodenkarzinom: insgesamt sehr gute Prognose mit Nachsorge v. a. als körperliche Untersuchung (zudem Ultraschall kontralateraler Hoden und Abdomen, Rö-Thorax und Abdomen u. a.),
 - zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von Nikotinkarenz

Beratungsgespräch D-Diagnosen des Urogenitaltraktes (BG3)

Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2

Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen

▪ **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**

- ggf. Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf

▪ **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B.**

- Punkte analog wie o. g. unter BG1

▪ **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**

- zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe, z. B. auch u. a. zum Lebensstil wie Nikotinkarenz

Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG 4)

Versorgungsthemen: Inkontinenz, neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, Prostatahyperplasie, chronische Entzündungen der Urogenitalorgane, Fehlbildungen, Urolithiasis (obere Harnwege), Enuresis (Alter 5-17 Jahre)
Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2

Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen

- **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**
 - einschließlich Erörterung zu Fragebögen z. B. zur Miktion
- **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung bei**
 - **Inkontinenz u. a.**
 - Gewichtsoptimierung, Ernährungsberatung, körperliche/sportliche Aktivitäten, Anpassung Miktions- und Trinkverhalten usw., schriftliches Material auch mit Übungen, ggf. Übungsbehandlung, ggf. Informationen zur Selbsthilfe
 - ggf. medikamentöse Therapie mit Förderung der Adhärenz
 - realistisches Therapieziel formulieren
 - ggf. zu weiteren Maßnahmen evtl. operativ usw.
 - **neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase u. a.**
 - Erläuterung der Diagnostik und Therapie je nach Grunderkrankung/Ursache
 - **Prostatahyperplasie u. a.**
 - Aufklärung über und ggf. Durchführung der Diagnostik und stadiengerechten Therapie
 - nicht-medikamentös: watchful waiting bei IPSS kleiner 7, Änderungen des Lebensstils wie Trinkmenge und Getränkeart
 - medikamentös verschiedene Möglichkeiten, möglichst mit erwiesener Wirksamkeit auch placebokontrolliert
 - ggf. operativ bei wiederholtem Harnverhalt, Infektionen, Steinen usw. wie transurethrale Resektion der Prostata TUR-P u. a.
 - **Chronische Entzündungen der Urogenitalorgane u. a.**
 - Erläuterung der Ursachen, Aufklärung über und ggf. Durchführung von Diagnostik, Therapie und Prophylaxe
 - nicht-medikamentös: low evidence wie Stressreduktion u. a.
 - medikamentös: z. B. Antibiotika, Alphablocker; NSAR ohne Evidenz
 - **Fehlbildungen urogenital je nach Ursache und Aufwand u. a.**
 - individuell-situative Beratung je nach Erkrankung zur Diagnostik und Therapie bei Anomalien des Harntrakts, Beteiligung des Urogenitalsystems
 - **Urolithiasis/Kolik u. a.**
 - nicht-medikamentös: Lebensstil im Vordergrund mit hyperkalorischer Ernährung, Bewegungsmangel, bei Koliken Wär-

	<ul style="list-style-type: none"> meapplikation z. B. heißes Bad, watchful waiting bei asymptomatischen Steinen o ggf. medikamentös o ggf. sonstige invasive Maßnahmen <p>– Enuresis u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> o vor einer möglichen Behandlung umfassende Informationen über die Ursache und die Ausprägung der Enuresis in enger Abstimmung mit den Eltern z. B. zum Trinkverhalten, zu Toilettengängen und zur Motivationsförderung durch die Eltern
	<p>Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG5)</p>
	<p>Versorgungsthemen: Urolithiasis (untere Harnwege), sexuell übertragbare Krankheiten, Andrologie, Infertilität, Impotenz organischen Ursprungs, Phimose (0-12 Jahre)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zur Diagnostik und Therapie: <ul style="list-style-type: none"> – Urolithiasis (untere Harnwege) s. o. – Sexuell übertragbare Krankheiten u. a. <ul style="list-style-type: none"> o die Beratung sollte den Sexualpartner einschließen ebenso wie die Behandlung mit Antibiotika meistens als Partnerdiagnostik und -therapie o Informationen auch über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) – Andrologie u. a. <ul style="list-style-type: none"> o v. a. Fertilitäts-, Erektions- und Sexualstörungen, Störungen der endokrinen Hodenfunktion mit ausführlicher Anamnese o ggf. Hormonanalysen o Beratung zur Vermeidung schädlicher Einflüsse, zum Lebensstil v. a. mit körperlicher Aktivität und Sport, Nikotinstopp, Gewichtsoptimierung, zum Missbrauch von anabol-androgenen Steroiden und zu sog. Lifestyle-Medikamenten o Informationen auch www.bzga.de und www.gesundheitsinformation.de – Infertilität/Sterilität u. a. <ul style="list-style-type: none"> o gemäß WHO-Definition, wenn nach mehr als 24 Monaten keine Schwangerschaft trotz ungeschütztem Verkehr eintritt o biopsychosoziale interdisziplinäre Beratung umfassend erforderlich – Sexuelle Funktionsstörungen u. a. <ul style="list-style-type: none"> o chronisches Krankheitsbild von mindestens 6-monatiger Dauer, bei der mindestens 70 % der Kohabitationsversuche

	<p>erfolglos bleiben</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ biopsychosoziales Geschehen wie somatisch bei körperlichen Krankheiten, Medikamenten, Lebensstil v. a. auch Nikotin, Alkohol, Diabetes mellitus, v. a. psychisch bei Stress, Ängsten, sozial bei geschlechertypischem Rollenverhalten, vermeintliche Normen usw. ○ Beratung zum Lebensstil, zur Lebensführung usw. <p>– Phimose</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Primäre Vorhautverengungen finden sich bei 50 bis 80 % der Jungen bis zum 3. Lebensjahr. Bei bestehender bedeutender Phimose i. d. R. ab dem 4. Lebensjahr, bei wiederholter Entzündung (Balanoposthitis) oder wiederholten Harnwegsinfekten Beratung zu entsprechenden Therapiemaßnahmen wie konservativ und ggf. teilweise oder vollständige Zirkumzision.
	<p>Beratungsgespräch und gemeinsame Entscheidungsfindung sowie biopsychosoziale Betreuung bei unheilbarer Krebserkrankung BGU (Anlage 17)</p>
	<p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hier soll der Zeitrahmen für ein Bewusstsein geschaffen werden, dass ggf. auch ein „Zuviel“ an eingreifender Diagnostik und belastender Therapie von Nachteil und der Verzicht unnötigen Schaden abwenden bzw. schonende Alternativen die bessere Entscheidung sein könnten gemäß choosing wisely, u. a. Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (44), www.awmf.org ▪ Die Versorgungsziele sollen in dieser Lebenssituation gemeinsam vorausschauend bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensqualität und die Lebensumstände der Patientin/des Patienten abgestimmt werden z. B. ggf. einschließlich patientenbezogener Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) (Anlage 17), ggf. Unterstützung durch die helfenden Inhalte im AOK-Pflegenavigator usw.

Literaturverzeichnis:

- Bausewein, C., Simon, S., Pralong, A., Radbruch, L., Nauck, F. & Voltz, R. (2015). Palliativmedizinische Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Deutsches Ärzteblatt, 112 (50), 863-870.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Berlin: BMG.
- Ernst, J., Brähler, E. & Weißflog, G. (2014). Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. Das Gesundheitswesen, 76 (04), 187-192.
- Herden, J., Ansmann, L., Ernstmann, N., Schnell, D. & Weißbach, L. (2016). Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms im deutschen Versorgungsalltag. Eine multi-zentrische, prospektive Beobachtungsstudie (HAROW) mit 2957 Patienten. Deutsches Ärzteblatt, 113 (19), 329-336.
- KBV (2011). Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung. Deutsches Ärzteblatt, 108 (06), A271-A274.
- Klemperer, D. (2015). Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Deutsches Ärzteblatt, 112 (40), 663-664.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: 12.05.2015).
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. Deutsches Ärzteblatt, 112 (44), 1810-1811.
- Rummer, A. & Scheibler, F. (2016). Patientenrechte. Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt, 113 (8), A322-A324.
- Schaffert, R. et al. (2011). Informationsbedürfnisse von Prostatakrebspatienten. Große individuelle Unterschiede nach Diagnose eines lokalisierten Prostatakarzinoms. Der Urologe, 9 (50), 1089-1094.
- Stock, S., Hertle, D. & Veit, C. (2015). Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. Das Gesundheitswesen, 77 (10), 761-767.

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

1. Hintergrund	2
1.1 Biopsychosoziale Versorgung	2
2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK	3
3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK	3
4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen.....	4
5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK.....	6
5.1 Versorgungsplanung	6
5.2 Einzelfallberatung.....	6
5.3 Case Management.....	7
6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren	8
6.1 Strukturierte Zuweisung	9
6.2 Dokumenteneinsatz.....	10
7. Rechtsgrundlagen	10
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	10
7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	11
8. Formulare für die Hausarztpraxis	12

1. Hintergrund

1.1 Biopsychosoziale Versorgung

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

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingsstudien ließen sich viele Wechselwirkungen 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.

Das biopsychosoziale Bedingungsgefüge wird insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen wie z. B. Karzinomen, jedoch auch bei potentiell gutartigen Tumorverläufen, die nicht immer klar vorhersehbar sind beansprucht, d. h.:

- Krebsdiagnosen gehen häufig mit massiven Belastungen im psychischen und sozialen Bereich einher.
- Krebsdiagnosen lösen häufig bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste aus.
- Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und Angehörigen frühzeitig angeboten werden.
- Erkennen von potentiellen psychosozialen Belastungen durch Information, Aufklärung und ganzheitliche Betreuung.
- Berücksichtigung von Kommunikationspräferenzen onkologischer Patienten und ansprechen auf ihre persönlichen Verhältnisse.

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.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD)⁴ arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung Psychoonkologie.

Hauptauftrag des SD ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation 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 sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der 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).

3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD 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 Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. onkologisch erkrankten und / oder 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 frühzeitig potentielle Risikopatienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt

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 liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Haus- und Facharztpraxen **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung**. Der SD 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 Versicherten z. B. mit Krebsdiagnosen durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (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
- Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁵.

Die Facharztpraxis kann zudem den SD als kompetenten Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD 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 ergeben.

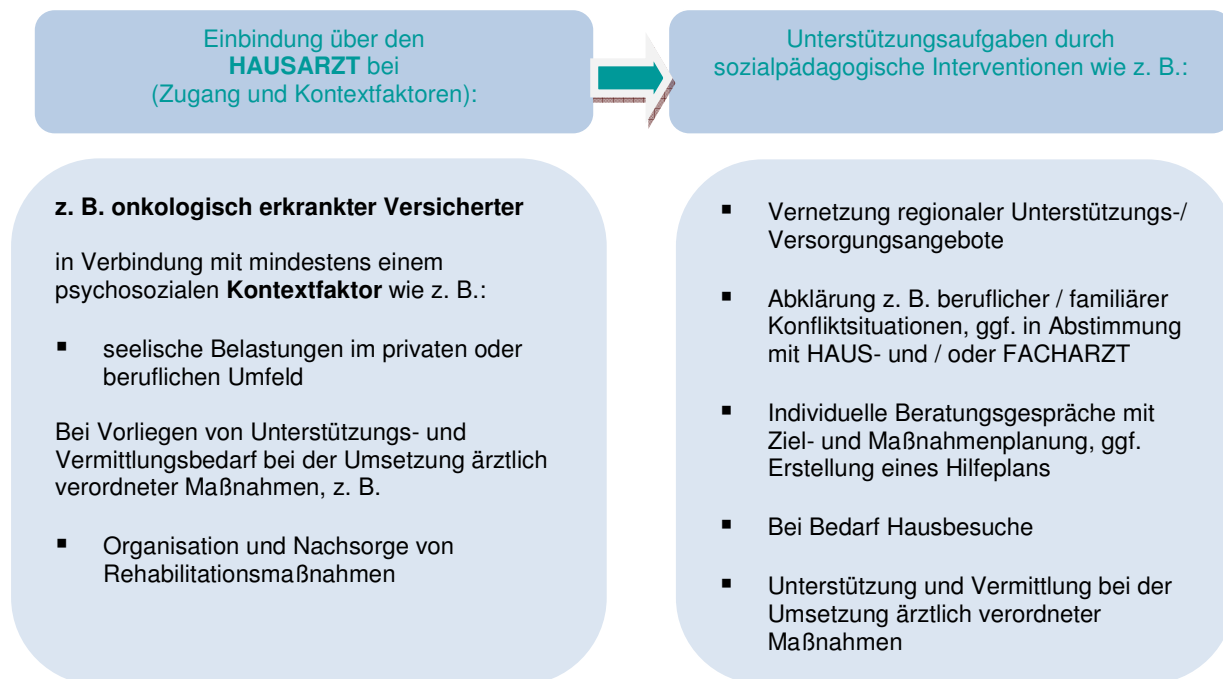


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

⁵ §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

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft des Patienten nach biopsychosozialer Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung durch den UROLOGEN und
- Versicherte, bei welchen z. B. neben einer onkologischen Erkrankung mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt:
Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- HAUSARZT als Lotse und Koordinator/in: Zugang zum SD über den HAUSARZT

5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK

Der SD ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit 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 erkennt im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringt diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigt sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine

tragfähige Problemlösung⁶. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁷.

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 erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD ggf. situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess⁸ :

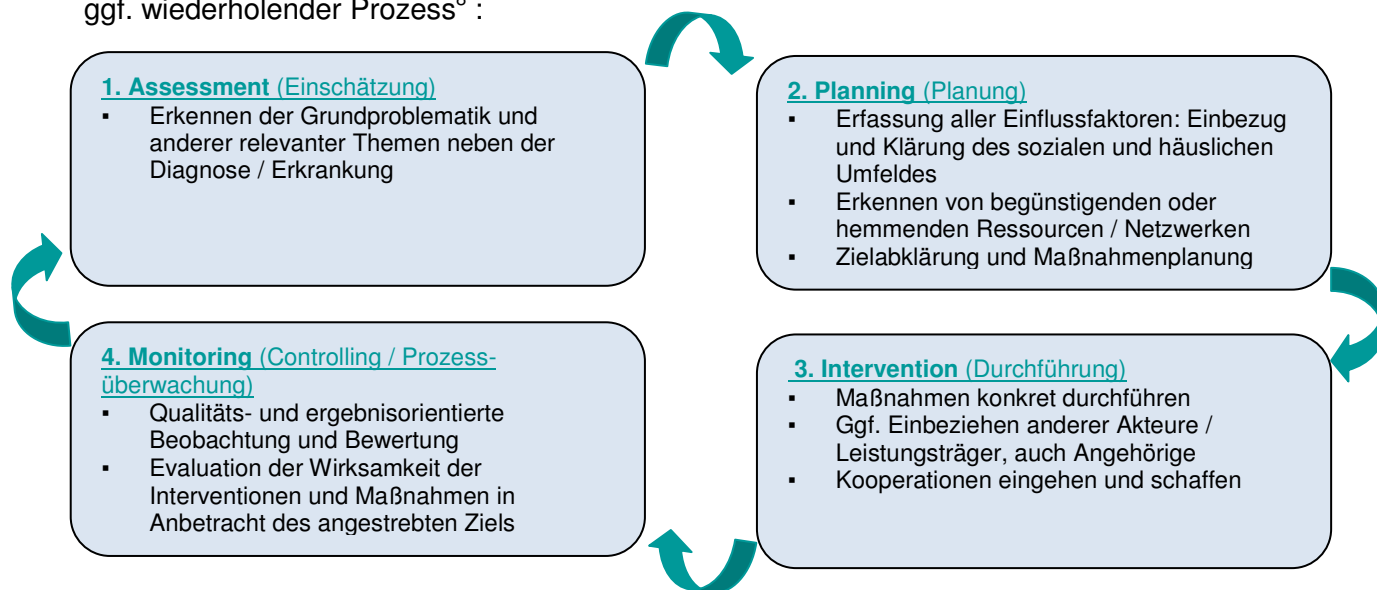


Abb. 1: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionalen 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 im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnern**:

⁶ Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

⁷ Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5., überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

⁸ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- 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

Grundlage für eine gelingende, interdisziplinäre Versorgung im Sinne der Versicherten sind strukturierte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Hausarztpraxis und SD. Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation und Kommunikation werden konkrete Verfahrensabsprachen getroffen. Die Absprachen sollen schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte regeln:

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

Sowohl der SD als auch die Arztpraxis sollen nach diesem Vertrag auf Anfrage miteinander zusammenarbeiten (Anhang 6.1 zu Anlage 17 HZV-Vertrag, Anlage 12 Facharztvertrag Urologie).

Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führt dazu, dass frühzeitig Kontakt zur Versicherten-Zielgruppe aufgenommen und zielgerichtet Versichertenfälle unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Beide Seiten tragen durch einen regelmäßigen Austausch zu einer guten Kommunikation und Kooperation bei, symbolisieren dadurch gleiche Interessen im Rahmen der interdisziplinären Versorgung.

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

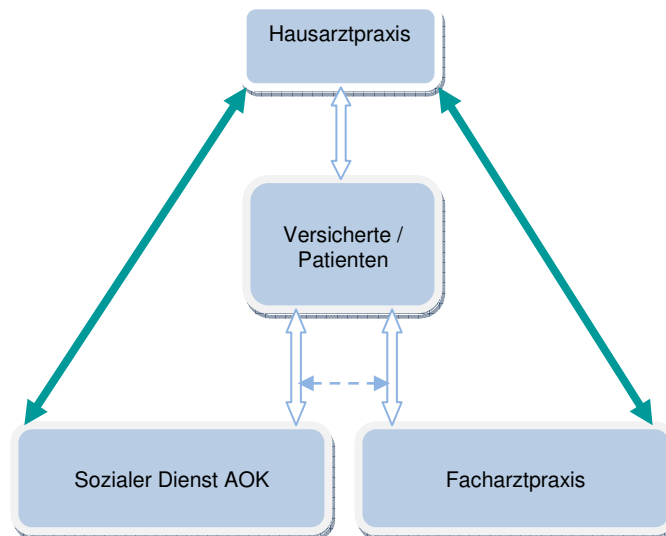


Abb. 2: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch den behandelnden HAUSARZT informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen⁹:

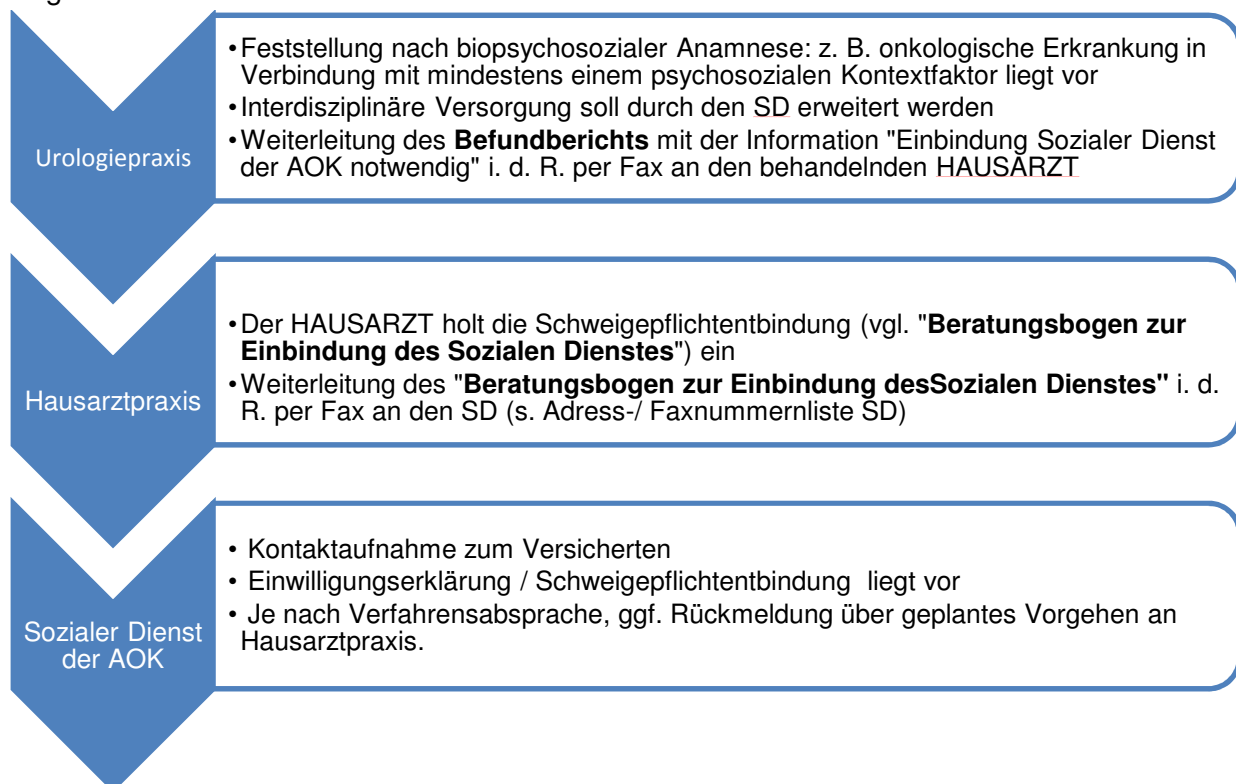


Abb. 3: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

⁹ Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

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

Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit z. B. onkologischen Erkrankungen, in Absprache mit den aktuell beteiligten Praxen, weitere FACHÄRZTE (z.B. PNP-Praxis) über den gewählten HAUSARZT einschalten.

6.2 Dokumenteneinsatz

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

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ (vgl. Kapitel 8) gilt als Auftragsformular und wird i. d. R. von der Hausarztpraxis an den SD 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.

Hintergrundinformation für die Hausarztpraxis:

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Der HAUSARZT holt im Vorfeld der Einschaltung das Einverständnis zur Kooperation des Versicherten ein. Der SD steht unter besonderer Schweigepflicht, so dass 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 eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der „**Information für die Hausarzt-/ Facharzt- und Psychotherapiepraxis**“. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD und steht der Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis 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 der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 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 setzt die AOK Baden-Württemberg 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 genutzt.

8. Formulare für die Hausarztpraxis

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



Sozialer Dienst der AOK:
 Kontaktdaten siehe Fax-/
 Adressliste

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- i.d.R. HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des/der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei:

- PNP-Praxis:** Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:
 - M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe 54.- weiter zu spezifizieren (z.B. M54.5 Kreuzschmerz); **M54.____G**
 - sowie**
 - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

- Anruf** in der **Praxis** durch SD wird gewünscht.
- Anruf** bei dem / der **Patient/in** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr
 unter Telefon / Handy _____

Erklärung Patient/in

Ich stimme der Unterstützung durch meine Krankenkasse zu und bin mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

 Datum, Unterschrift Patient/in

Erklärung Praxis

Dem / der Patienten/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.

 Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

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 <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>). 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**

Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung



Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder Facharztprogramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und/oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden

Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.

Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg



Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen/Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives/negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte/Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von § 203 Abs. 1 Nr. 5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

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 (<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. 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 zugerechnet wurde.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis (<http://www.rehadat-gkv.de/>) in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend.

Besonderheiten aus Verträgen der AOK Baden-Württemberg mit Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfsmitteln:

Es ist darauf zu achten, zwischen Hilfsmitteln und Sprechstundenbedarf zu differenzieren (einzelne Produkte der Produktgruppe 15 sind gemäß der Anlage 1 der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart, und den Krankenkassen in der aktuell gültigen Fassung (Stand 25.02.2015) vom Vertragsarzt über den Sprechstundenbedarf zu beziehen).

Quellenangaben:

Bundemantelvertrag – 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 Bundesausschusses 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.

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.

SO2 Störungen der Ausscheidung - Stuhlinkontinenz - Harninkontinenz	a motorische, funktionelle Störungen des Schließmuskels bzw. der Beckenbodenmuskulatur	Verbesserung der Sphinkter- und Beckenbodenmuskulatur	A. KG B. Übungsbehandlung C. <i>Elektrotherapie</i>	Erst-VO: • bis zu 6x/VO Folge-VO: • bis zu 6x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: • bis zu 12 Einheiten Frequenzempfehlung: • mind. 2x wöchentlich Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes
---	--	---	--	---

Abb. 1: Auszug aus dem Heilmittel-Katalog

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 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.05.2017 B7, in Kraft getreten am 30. Mai 2017.

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 Heilmitteltherapie).

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/DRV_BW_Paket_MedizinischeReha.html

Bei onkologischer Nachsorge besteht eine Gleichrangigkeit der Rentenversicherungsträger und der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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.