

Anhang AP3

1	Anhang A: Gesamtfragebogen.....	2
1.1	Probandeninformation.....	2
	Probandinformation (Kontrollgruppe)	3
1.2	Einverständniserklärung	4
1.3	Deckblatt – Erstbefragung (T0)	5
	Deckblatt – Erstbefragung (T0) (Kontrollgruppe).....	6
1.4	Deckblatt – Zweitbefragung (T1).....	7
	Deckblatt – Zweitbefragung (T1) (Kontrollgruppe).....	8
1.5	Probandencharakteristik	9
	Probandencharakteristik (Kontrollgruppe)	11
1.6	Self-Efficacy Scale.....	11
1.7	Orthopädische Schwerpunktdiagnose - Fragebogen.....	12
1.8	Tampa Scale of Kinesiophobia 11 (TSK-11)	13
1.9	Work Ability Index (WAI)	14
1.10	Oswestry Disability Index (ODI).....	15
1.11	Single-Item Physical Activity Measure	17
1.12	Beratungsqualität und Beratungsinhalte - Fragebogen.....	18
1.13	Patient Activation Measure 13 (PAM13-D)	21
1.14	Patient Reaction Assessment Instrument (PRA-D).....	22
1.15	Gesundheitszustand.....	23
2	Ärztebefragung	25
2.1	Probandenaufklärung.....	25
2.2	Fragebogen Ärztebefragung.....	26
3	Praxispersonalbefragung	28
	Fragebogen EFA und MFA	29
4	Anhang B – Auswirkungen der Fallzahlproblematik auf die Hypothesenprüfung und die methodische Umsetzung.....	32

1 Anhang A: Gesamtfragebogen

Der Fragebogen für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ist größtenteils identisch. Im Anhang ist der Interventionsfragebogen dargestellt. Alle Teile des Fragebogens der Kontrollgruppe, die sich von denen der Interventionsgruppe unterscheiden, sind separat aufgeführt und gekennzeichnet. Erst- und Zweitbefragung unterscheiden sich lediglich im Deckblatt. Zudem wurde die Probandencharakteristik in der Zweitbefragung nicht erneut erhoben.

1.1 Probandeninformation

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an der von uns durchgeführten Studie teilzunehmen. Hierbei handelt es sich um eine Patientenbefragung zu Ihrer orthopädischen Versorgung.

Sie können an der Befragung teilnehmen, wenn Sie **Rückenschmerzen, Arthrose des Hüftgelenkes, Arthrose des Kniegelenkes, rheumatische Gelenkerkrankungen** oder **Osteoporose** haben und wenn Sie Versicherte(r) der

AOK oder der **Bosch BKK**

sind und am **Facharztvertrag-Orthopädie (Selektivvertrag Orthopädie nach § 73c SGB V)** teilnehmen.

Der zeitliche Aufwand dieser Befragung umfasst ca. 25 Minuten. Gerne möchten wir Sie nach 3-6 Monaten erneut befragen, um mögliche Veränderungen feststellen zu können. Diese Zweitbefragung bedarf ihrer gesonderten Zustimmung auf der Einverständniserklärung.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Fragebogendaten werden von uns verschlüsselt und entsprechend den **Richtlinien des Datenschutzgesetzes vertraulich** behandelt und nur für die Zwecke der wissenschaftlichen Forschung verwendet. Ihre Ärzte erhalten von uns keinerlei Informationen zu Ihren Angaben. Ihre Daten werden von uns pseudonymisiert (unter einem Probandencode) gespeichert, sodass in der Verarbeitung Ihrer Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person/ Identität möglich sind.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden ihn im rückfrankierten Briefumschlag zeitnah an uns zurück.

Alternativ haben Sie die Möglichkeit, den Fragebogen über den untenstehenden Link auch online auszufüllen.

<https://www.soscisurvey.de/Orthopaedie/?K=Patient> (nicht mehr aktiv)



Oder scannen Sie diesen QR-Code (nicht mehr aktiv) mit Ihrem Handy, der Fragebogen öffnet sich dann automatisch.

Sollten sie noch Rückfragen zur Patientenbefragung bzw. zur Studie haben, wenden Sie sich bitte gerne jederzeit an uns.

Probandinformation (Kontrollgruppe)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an der von uns durchgeführten Studie teilzunehmen. Hierbei handelt es sich um eine Patientenbefragung zu Ihrer orthopädischen Versorgung.

Sie können an der Befragung teilnehmen, wenn Sie **Rückenschmerzen, Arthrose des Hüftgelenkes, Arthrose des Kniegelenkes, rheumatische Gelenkerkrankungen** oder **Osteoporose** haben.

Der zeitliche Aufwand dieser Befragung umfasst ca. 25 Minuten. Gerne möchten wir Sie nach 3-6 Monaten erneut befragen, um mögliche Veränderungen feststellen zu können.

Diese Zweitbefragung bedarf ihrer gesonderten Zustimmung auf der Einverständniserklärung.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Fragebogendaten werden von uns verschlüsselt und entsprechend den **Richtlinien des Datenschutzgesetzes vertraulich** behandelt und nur für die Zwecke der wissenschaftlichen Forschung verwendet. Ihre Ärzte erhalten von uns keinerlei Informationen zu Ihren Angaben. Ihre Daten werden von uns pseudonymisiert (unter einem Probandencode) gespeichert, sodass in der Verarbeitung Ihrer Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person/ Identität möglich sind.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden ihn im rückfrankierten Briefumschlag zeitnah an uns zurück.

Alternativ haben Sie die Möglichkeit, den Fragebogen über folgenden Link (nicht mehr aktiv) auch online auszufüllen.

<https://www.soscisurvey.de/Orthopaedie/?K=Orthopaedieversorgung>



Oder scannen Sie diesen QR-Code (nicht mehr aktiv) mit Ihrem Handy, der Fragebogen öffnet sich dann automatisch.

Sollten sie noch Rückfragen zur Patientenbefragung bzw. zur Studie haben, wenden Sie sich bitte gerne jederzeit an uns.

1.2 Einverständniserklärung

Name des/r Probanden/in (Druckbuchstaben):

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen. Ich bin von Herrn/Frau _____ auf die Patientenbefragung aufmerksam gemacht worden.

Den Text der Probandeninformation (Seite zuvor) und dieser Einverständniserklärung habe ich gelesen und verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet. Ich bin bereit, freiwillig an der Studie teilzunehmen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine Mitwirkung jederzeit und ohne Begründung zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutz: Ich bin mit der Speicherung der im Rahmen der Studie erhobenen Fragebogendaten und ihrer pseudonymisierten Verwendung, z. B. für wissenschaftliche Veröffentlichungen einverstanden.

Die von mir unterschriebene Einverständniserklärung (diese Seite) bleibt zunächst angeheftet. Nach Eingang meines Fragebogens beim unabhängigen Untersuchungsteam der Goethe-Universität Frankfurt, wird diese Seite getrennt von meinem Bogen aufbewahrt, sodass ein Rückschluss meiner Angaben auf meine Person nicht direkt möglich ist. Meine Daten werden nur unter meinem Probandencode gespeichert und verarbeitet. Eine Kopie der Probandeninformation und Einverständniserklärung mit der Aufschrift „Für Ihre Unterlagen!“ habe ich erhalten.

Datum, Unterschrift des/r Probanden/in

Datum, Unterschrift des Untersuchenden
(nach Posteingang)

Zweit-/ Folgebefragung

Ich erkläre mich bereit, auch an einer Folgebefragung in ca. 3-6 Monaten wieder teil zu nehmen.

Ich erlaube dem Projektteam der Goethe-Universität mich unter einer Telefonnummer oder E-Mailadresse zu kontaktieren. Meine Kontaktdaten werden für keine anderen Zwecke benutzt als die der Folgebefragung. Meine Kontaktdaten werden nach Abschluss der Studie gelöscht.

Ja (bitte hinterlassen Sie uns Ihre Kontaktdaten, siehe unten)

Nein

Unter folgenden Möglichkeiten bin ich für eine Folgebefragung zu erreichen:

Telefon: _____ und/ oder E-Mail-Adresse: _____

Patientenbefragung

zur Evaluation des Facharztprogramms Orthopädie

nach § 73c SGB V in
Baden-Württemberg

Wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben an unserer Befragung teilzunehmen.

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein und erstellen Sie Ihren individuellen Probandencode entsprechend der Vorgabe. Ihre Daten werden nur unter Ihrem Probandencode vom unabhängigen Untersuchungsteam der Goethe-Universität Frankfurt gespeichert und verarbeitet.

Datum: _____

Probandencode*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 1 2 3 4 5 6 7 8

Ziffer 1 und 2: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer **Mutter** (z.B. ANNE = AE)

Ziffer 3 und 4: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihres **Vaters** (z.B. THORSTEN = TN)

Ziffer 5 und 6: Erster und letzter Buchstabe **Ihres Vornamens** (z.B. MICHAEL = ML)

Ziffer 7 und 8: **Tag** des **Geburtsdatums** Ihrer **Mutter** (z.B. 17. Juli 1965 = 17)

Sollte Ihnen eine von diesen Angaben unbekannt sein, schreiben Sie bitte XX.

Patientenbefragung

zur ambulanten orthopädischen Versorgung

Wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben an unserer Befragung teilzunehmen.

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein und erstellen Sie Ihren individuellen Probandencode entsprechend der Vorgabe. Ihre Daten werden nur unter Ihrem Probandencode vom unabhängigen Untersuchungsteam der Goethe-Universität Frankfurt gespeichert und verarbeitet.

Datum: _____

Probandencode*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 1 2 3 4 5 6 7 8

Ziffer 1 und 2: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer **Mutter** (z.B. ANNE = AE)

Ziffer 3 und 4: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihres **Vaters** (z.B. THORSTEN = TN)

Ziffer 5 und 6: Erster und letzter Buchstabe **Ihres Vornamens** (z.B. MICHAEL = ML)

Ziffer 7 und 8: **Tag** des **Geburtsdatums** Ihrer **Mutter** (z.B. 17. Juli 1965 = 17)

Sollte Ihnen eine von diesen Angaben unbekannt sein, schreiben Sie bitte XX.

1.4 Deckblatt – Zweitbefragung (T1)

Patientenbefragung

Nachbefragung zur Evaluation des Facharztvertrages Orthopädie

nach § 73c SGB V in
Baden-Württemberg

Datum:

Probandencode*:

	1		2		3		4		5		6		7		8			

Ziffer 1 und 2: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer **Mutter** (z.B. ANNE = AE)

Ziffer 3 und 4: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihres **Vaters** (z.B. THORSTEN = TN)

Ziffer 5 und 6: Erster und letzter Buchstabe **Ihres Vornamens** (z.B. MICHAEL = ML)

Ziffer 7 und 8: **Tag** des **Geburtsdatums** Ihrer **Mutter** (z.B. 17. Juli 1965 = 17)

Sollte Ihnen eine von diesen Angaben unbekannt sein, schreiben Sie bitte XX.

Patientenbefragung

Nachbefragung zur ambulanten Orthopädischen Versorgung

Datum: _____

Probandencode*: |__|__|__|__|__|__|__|__|
 1 2 3 4 5 6 7 8

Ziffer 1 und 2: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer **Mutter** (z.B. ANNE = AE)

Ziffer 3 und 4: Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihres **Vaters** (z.B. THORSTEN = TN)

Ziffer 5 und 6: Erster und letzter Buchstabe **Ihres Vornamens** (z.B. MICHAEL = ML)

Ziffer 7 und 8: **Tag** des **Geburtsdatums** Ihrer **Mutter** (z.B. 17. Juli 1965 = 17)

Sollte Ihnen eine von diesen Angaben unbekannt sein, schreiben Sie bitte XX.

1.5 Probandencharakteristik

1. Angaben zur Person

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angaben

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Was beschreibt am ehesten Ihre aktuellen Lebensumstände: (Einfachnennung)

- ich lebe in einer Ehe
- ich lebe in einer festen Partnerschaft
- ich lebe allein

3. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Einfachnennung)

- AOK Baden-Württemberg
- Bosch BKK
- andere gesetzliche Krankenkasse
- private Krankenversicherung

4. Ich bin Vertragsnehmer(in) am Facharztprogramm Orthopädie (Selektivvertrag Orthopädie nach § 73c SGB V)

- ja
- nein
- weiß nicht

5. Ihr höchster Bildungsabschluss ist (Einfachnennung)

- noch keinen Schulabschluss (Schüler/in)
- ich habe die Schule ohne Abschluss verlassen
- Volks-/ Hauptschulabschluss
- Real- (Mittel-) / Handels-/ Fachschulabschluss
- (Fach-)/ Abitur mit noch nicht abgeschlossenem Studium
- Fachhochschul- oder Universitätsabschluss

6. Sie sind aktuell (Mehrfachnennung möglich)

- Schüler(in)/ Studierende(r)/ Auszubildende(r)
- berufstätig
- arbeitssuchend
- berufsunfähig
- berentet/ pensioniert
- anderes: _____

7. Wie hoch ist Ihr monatliches Nettoeinkommen? (Einfachnennung)

- unter 900 Euro
- 900 – 1.500 Euro
- 1.501 – 2.000 Euro
- 2.001 – 2.600 Euro
- 2.601 – 3.200 Euro
- 3.201 und mehr
- Keine Angabe

8. Bitte kreuzen Sie Ihre aktuell ärztlich diagnostizierten Krankheiten an.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	
Tumore/ Krebs	
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma, COPD)	
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	
andere Beschwerden oder Erkrankungen Antwort:	

9. Krankenstand im vergangenen Jahr (Einfachnennung)

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie aktuell berufstätig sind.

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 - 24 Tage
- 25 - 99 Tage
- 100 - 365 Tage

Probandencharakteristik (Kontrollgruppe)

4. In welchem Bundesland befindet sich die Praxis Ihres Orthopäden/ Chirurgen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Berlin |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Hamburg |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Sachsen | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Thüringen | | |

1.6 Self-Efficacy Scale

10. Wir möchten gerne erfahren wie zuversichtlich Sie sind, gut mit Ihrer chronischen Erkrankung, aufgrund derer Sie in orthopädischer Behandlung sind, umgehen zu können. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Zahl an, die dem Grad Ihrer Zuversicht entspricht.

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es derzeit schaffen

...mit der Erschöpfung, die Ihre Krankheit verursacht, so umzugehen, dass diese Sie nicht stört Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... mit den körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, die Ihre Krankheit verursacht, so umzugehen, dass diese Sie nicht stören Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

...mit dem Kummer, den Ihre Krankheit verursacht, so umzugehen, dass dieser Sie nicht stört, Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... mit allen übrigen Beschwerden oder Gesundheitsproblemen so umzugehen, dass diese Sie nicht stören, Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... all die Dinge zu tun, die für den Umgang mit Ihrer Krankheit notwendig sind, damit Sie nicht so oft zum Arzt müssen?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

...andere Dinge zu tun – außer einfach Medikamente zu nehmen – damit Ihre Krankheit Sie im Alltag weniger einschränkt?

überhaupt nicht zuversichtlich

völlig zuversichtlich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.7 Orthopädische Schwerpunktdiagnose - Fragebogen

11. Wegen welcher Erkrankung/Beschwerde sind Sie aktuell in dieser Praxis in Behandlung? (Mehrfachantworten möglich)

- Arthrose des Kniegelenks
- Arthrose des Hüftgelenks
- unspezifische Rückenschmerzen (Ursache bislang ungeklärt)

Falls unspezifische Rückenschmerzen zutreffend:

Wenn möglich, geben Sie bitte den Bereich an, in dem Sie die Schmerzen haben.
(Mehrfachnennung möglich)

- Halswirbelsäule/ Nacken Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule/ Kreuz
- weiß nicht

- Osteoporose
 - Rheumatische Gelenkerkrankungen
 - andere Erkrankungen/ Beschwerden:
-

1.8 Tampa Scale of Kinesiophobia 11 (TSK-11)

Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn Sie **unspezifische Rückenschmerzen, Arthrose des Hüftgelenkes oder Arthrose des Kniegelenkes** haben. Sonst weiter zu Frage 15.

12. Bitte geben Sie an, in welchem Maß Sie den vorgegebenen Aussagen zustimmen. Bitte kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an. (Ein Kreuz pro Frage.)

	überhaupt nicht einver- standen	mehr oder weniger nicht einverstanden	mehr oder weniger ein- verstanden	völlig einver- standen
Ich habe Angst davor, dass ich mich möglicherweise verletze, wenn ich Sport treibe.				
Wenn ich versuchen würde, mich über die Schmerzen hinwegzusetzen, würden sie noch schlimmer.				
Mein Körper sagt mir, dass ich etwas sehr Schlimmes habe.				
Mein Gesundheitszustand wird von anderen nicht ernst genug genommen.				
Wegen des Schmerzproblems ist mein Körper für den Rest meines Lebens gefährdet.				
Schmerz bedeutet immer, dass ich mich verletzt habe.				
Die sicherste Art zu verhindern, dass meine Schmerzen schlimmer werden, ist einfach darauf zu achten, dass ich keine unnötigen Bewegungen mache.				
Ich hätte nicht so viele Schmerzen, wenn nicht etwas Bedenkliches in meinem Körper vor sich ginge.				
Meine Schmerzen sagen mir, wann ich mit dem Training aufhören muss, um mich nicht zu verletzen.				
Ich kann nicht all die Dinge tun, die gesunde Menschen machen, da ich mich zu leicht verletzen könnte.				
Niemand sollte Sport treiben müssen, wenn er/sie Schmerzen hat.				

1.9 Work Ability Index (WAI)

Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn Sie **aktuell berufstätig** sind. Sonst weiter zu Frage 15.

13. Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

- vorwiegend geistig tätig
- vorwiegend körperlich tätig
- etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig

Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

völlig arbeitsunfähig derzeit beste Arbeitsfähigkeit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig

Fortsetzung nächste Seite

Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich
- nicht sicher
- sicher

Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| immer | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| immer | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| immer | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.10 Oswestry Disability Index (ODI)

14. Der folgende Abschnitt soll uns darüber informieren, wie Ihre Rücken- (oder Bein-) Probleme Ihre Fähigkeit beeinflussen, den Alltag zu bewältigen. Wir bitten Sie jeden Abschnitt zu beantworten. Kreuzen Sie in dem folgenden Teil in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die Sie heute am besten beschreibt.

Schmerzstärke

- Ich habe momentan keine Schmerzen.
- Die Schmerzen sind momentan sehr schwach.
- Die Schmerzen sind momentan mäßig.
- Die Schmerzen sind momentan ziemlich stark.
- Die Schmerzen sind momentan sehr stark.
- Die Schmerzen sind momentan so schlimm wie nur vorstellbar.

Körperpflege (Waschen, Anziehen, etc.)

- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
- Meine Körperpflege normal durchzuführen ist schmerzhaft und ich bin langsam und vorsichtig.
- Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige das meiste aber selbst.
- Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten der Körperpflege.
- Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.

Heben

- Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber es geht, wenn sie geeignet stehen (z.B. auf einem Tisch).
- Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
- Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
- Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.

Gehen

- Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0,5 km zu gehen.
- Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
- Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
- Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

Sitzen

- Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.

Stehen

- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
- Ich kann so lange stehen wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.

Schlafen

- Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
- Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
- Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
- Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.

Sexualleben

- Mein Sexualleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
- Mein Sexualleben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
- Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.

Sozialleben

- Mein Sozialleben ist normal, und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, außer, dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport, einschränken.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben ein und ich gehe nicht mehr so oft aus.
- Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
- Ich habe auf Grund von Schmerzen kein Sozialleben.

Reisen

- Ich kann überallhin reisen und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
- Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
- Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
- Ich kann auf Grund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
- Ich kann auf Grund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
- Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, außer zur medizinischen Behandlung.

1.11 Single-Item Physical Activity Measure

15. Hier möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie über Ihre Arbeit und Ihre Alltagsaktivitäten hinaus körperlich aktiv sind.

An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie insgesamt **30 Minuten oder länger körperlich aktiv**, so dass Sie zumindest etwas stärker atmen mussten? Beispiele für solche Aktivitäten sind Sport, Bewegung, Training sowie zügiges Gehen oder Radfahren, entweder in der Freizeit oder um von Ort zu Ort zu gelangen. Körperliche Aktivitäten im Haushalt oder im Rahmen Ihrer Arbeit berücksichtigen Sie hingegen bitte nicht.

Anzahl Tage pro Woche: _____

1.12 Beratungsqualität und Beratungsinhalte - Fragebogen

Nachfolgend möchten wir einige Fragen zur Beratung durch Ihren Orthopäden/ Chirurgen bzw. das Praxispersonal stellen.

16. Mir wurde erklärt, wie gesunde Gelenke, Knochen, Muskeln etc. funktionieren.

- Ja Nein

Wenn ja: Ich habe diese Erklärung verstanden.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| trifft zu | trifft eher zu | teils-teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Mir wurde erklärt, wie und warum Gelenke, Knochen, Muskeln bei meinen Beschwerden evtl. anders funktionieren.

- Ja Nein

Wenn ja: Ich habe diese Erklärung verstanden.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| trifft zu | trifft eher zu | teils-teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Ich wurde dazu beraten, dass Änderungen in meinem Lebensstil (Bewegung, nicht Rauchen, Ernährung etc.) meine Gesundheit fördern können.

- Ja Nein (→ weiter mit **Frage 25**)

Wenn ja: Zu welchen Bereichen wurden Sie beraten? (Mehrfachnennung möglich):

- Bewegung
- Ernährung
- Entspannung
- nicht Rauchen

Die Fragen 19-23 bitte nur ausfüllen, wenn Sie zum **Bereich Bewegung** beraten wurden.

Sonst weiter mit Frage 24 auf der nächsten Seite.

19. Mir wurden Beispiele genannt, welche Bewegungsarten (z.B. Schwimmen, Gymnastik o.ä.) ich für die Verbesserung meiner Beschwerden durchführen soll.

- Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, nennen Sie bitte die empfohlenen Bewegungsarten.

20. Mir wurde gesagt, wie häufig ich mich bewegen soll (z.B. 2-mal in der Woche).

- Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, nennen Sie bitte die empfohlene Häufigkeit. _____ Mal in der Woche.

21. Mir wurde gesagt, wie lange ich mich bewegen soll (z.B. jeweils 30 Minuten).

- Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, nennen Sie bitte die empfohlene Dauer. Jeweils ca. _____ Minuten pro Übungseinheit.

22. Mir wurde gesagt, wie anstrengend die Bewegung sein soll (z.B. leicht, moderat, ins Schwitzen kommen, außer Atem geraten, sehr anstrengend).

- Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, wie anstrengend? _____

23. Mir wurden Übungen zur Verbesserung meiner Beschwerden gezeigt, die ich auch selber durchführen kann.

- Ja Nein weiß nicht

24a. Wie lange dauerte diese Beratung ungefähr?

- unter 5 Minuten
 5-10 Minuten
 11-20 Minuten
 mehr als 20 Minuten

24b. Durch wen wurde die Beratung (inkl. Weitergabe von Informationen) durchgeführt?

- Orthopäde/Chirurg
 Sprechstundenhilfe oder Assistenten
(Mehrfachnennung möglich)

24c. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der oben genannten Beratung?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| sehr
zufrieden | eher
zufrieden | teils-teils | eher
nicht zufrieden | nicht
zufrieden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24d. Würden Sie sich darüber hinaus weitere Beratungen zu Ihrem Lebensstil und zum Umgang mit Ihrer/n Erkrankung/Beschwerden wünschen?

- Ja Nein

Ab hier bitte alle folgenden Fragen beantworten.

25. Ich wurde auf Gesundheitsangebote der AOK/ Bosch BKK, abgestimmt auf meine individuellen Beschwerden, aufmerksam gemacht.

- Ja Nein

Wenn ja, bitte Bereich nennen (Mehrfachnennung möglich):

- Bewegung
 Ernährung
 Entspannung
 Raucherentwöhnung

26. Mir wurde für die Teilnahme an Gesundheitsangeboten ein grünes Rezept für Bewegung ausgestellt.

- Ja Nein Weiß nicht

27. Mir wurden für die Gesundheitsangebote der AOK/Bosch BKK die „Beratungsempfehlungen im Orthopädievertrag“ ausgehändigt.

- Ja Nein Weiß nicht

28. Ich wurde auf weitere Selbsthilfeangebote (z.B. Rheuma-Liga) passend für meine Erkrankung/ meinen Zustand aufmerksam gemacht.

- Ja Nein Weiß nicht

29. Ich wurde motiviert, die Vorschläge zur Lebensstiländerung (Bewegung, nicht Rauchen, Ernährung etc.) umzusetzen.

- trifft zu trifft eher zu teils-teils trifft eher nicht zu trifft nicht zu

30. Mir wurden ebenfalls Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag gegeben.

- trifft zu trifft eher zu teils-teils trifft eher nicht zu trifft nicht zu

1.13 Patient Activation Measure 13 (PAM13-D)

31. Nachstehend finden Sie einige Aussagen, die Leute manchmal machen, wenn sie sich über ihre Gesundheit unterhalten. Bitte geben Sie an, wie stark diese Aussagen für Sie zutreffen.

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.				
Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.				
Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.				
Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.				
Ich bin überzeugt zu wissen, wann ich zum Arzt gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.				
Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er mich nicht direkt darauf anspricht.				
Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.				
Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.				
Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.				
Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten				
Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meines Gesundheitszustandes vorbeugen kann.				
Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert.				
Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie Diät und körperliche Bewegung – auch in stressigen Zeiten fortführen kann.				

1.14 Patient Reaction Assessment Instrument (PRA-D)

32. Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.							
Wenn mir mein Arzt etwas sagt, das sich von dem unterscheidet, was mir vorhergesagt wurde, fällt es mir schwer, genau nachzufragen, um die Situation zu klären.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Mein Arzt ist mir gegenüber einfühlsam und fürsorglich.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Wenn mein Arzt etwas sagt, was ich nicht verstehe, dann fällt es mir schwer, nach mehr Informationen zu fragen.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich auch wohl fühle, wenn es im Gespräch um persönliche und sensible Dinge geht.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Es fällt mir schwer, meinem Arzt neue Symptome zu berichten.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Es fällt mir schwer, nach dem Fortschritt meiner Behandlung zu fragen.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Mein Arzt respektiert mich wirklich.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Wenn ich mit meinem Arzt spreche, fühle ich mich manchmal gekränkt.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	
Mir fällt es schwer, meinem Arzt Fragen zu stellen.							
Ich stimme überhaupt nicht zu					Ich stimme vollkommen zu		
1	2	3	4	5	6	7	

Mein Arzt scheint nicht an mir als Person interessiert zu sein.

Ich stimme überhaupt nicht zu

Ich stimme vollkommen zu

1 2 3 4 5 6 7

1.15 Gesundheitszustand

33. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- sehr schlecht

34. Wie oft nehmen Sie Gemüse oder Salat zu sich, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte? Bitte zählen Sie Kartoffeln nicht mit.

- täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal die Woche
- 1 bis 3 Mal die Woche
- weniger als einmal pro Woche
- nie

35. Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich frisch gepresster Obstsäfte?

- täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- weniger als einmal pro Woche
- nie

36. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z.B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränke, Schnaps oder Likör, zu sich?

- nie
- einmal pro Monat oder seltener
- 2- bis 4-mal im Monat
- 2- bis 3-mal die Woche
- 4-mal die Woche oder öfter

37. Rauchen Sie?

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr
- Ich habe noch nie geraucht

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

2 Ärztebefragung

2.1 Probandenaufklärung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir laden Sie ein, an der von uns geplanten Studie teilzunehmen. Die Studie beinhaltet einen Fragebogen über die Einsatzmöglichkeiten der ganzheitlichen orthopädischen Versorgung in Ihrer Praxis. Der zeitliche Aufwand umfasst maximal 5 Minuten.

Durch die Studie erhalten Sie, wenn gewünscht, eine individualisierte Rückmeldung zu Ihrer Praxis im Sinne eines Qualitätsmanagements; ansonsten sind die im Rahmen der Studie erhobenen Messdaten pseudonymisiert und werden entsprechend den Richtlinien des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt. Die erhobenen Daten werden gespeichert und mit einem Verschlüsselungsprogramm vor unbefugtem Zugriff geschützt. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Durch klicken auf "Weiter" beurteilen Sie Ihr (widerrufbares) Einverständnis.

2.2 Fragebogen Ärztebefragung

War in der Patientenversorgung Bedarf für die Inhalte des Facharztvertrages-Orthopädie § 73c und ist dieser Bedarf durch die Implementierung der Versorgungsinhalte ganz oder größtenteils gedeckt?

nein eher nein neutral eher ja ja

Konnte die durch den Facharztvertrag-Orthopädie § 73c zu verändernde Patientenversorgung in den bestehenden Praxisbetrieb implementiert werden, ohne dass dieser grundlegend durcheinandergebracht oder sogar verschlechtert wurde?

nein eher nein neutral eher ja ja

Konnten bestehende Ressourcen für die Durchführung der Neuerungen/Anpassungen genutzt werden (Equipment vor Ort, Manpower Ärzte, Praxispersonal, Administration); inkl. der Schulung derselben?

nein eher nein neutral eher ja ja

Besteht aus Ihrer Sicht wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der neuen/zusätzlichen Versorgungsmaßnahmen resultierend aus dem Facharztvertrag-Orthopädie § 73c und sind die durch den Facharztvertrag-Orthopädie § 73c erwarteten Resultate in der Versorgung besser als ohne den Facharztvertrag-Orthopädie § 73c?

nein eher nein neutral eher ja ja

War / ist voraussichtlich das Programm für alle Patienten der eingeschlossenen Diagnosegruppen anwendbar sowie standardisiert und nachhaltig im Praxisalltag angekommen?

nein eher nein neutral eher ja ja

Konnte das Programm in dem Umfang und inhaltlich so wie festgelegt / ohne Abstriche bei Ihnen integriert werden?

nein eher nein neutral eher ja ja

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Facharzttrichtung(en):

Zusatzbezeichnung(en):

Ich arbeite überwiegend: operativ konservativ

Ich bin seit _____ Jahren niedergelassen.

Ich bin seit _____ Vertragsnehmer im Facharzt Orthopädievertrag nach § 73c SGB V in Baden-Württemberg.

Sofern Sie eine individuelle Rückmeldung zu ihrer Praxis im Sinne des Qualitätsmanagements wünschen, tragen sie bitte hier Ihr Emailadresse ein:

Bitte kreuzen Sie an, zu welchen der folgenden vier Informationsstufen gem. Facharztvertrag-Orthopädie § 73c Sie die Patienten typischerweise beraten.

- Allgemein zur Funktion und Anatomie der betroffenen Körperregion.
- zur Gesundheit im Alltag (z.B. Ernährung, regionale Sportangebote, Eigenübungen)
- zu den Gesundheitsangeboten der AOK/Bosch BKK
- zu den Selbsthilfemöglichkeiten vor Ort (z.B. Patientenschulung)
- Ich führe keine Beratung zu diesen Themen durch

Wie hoch schätzen Sie die Erfolgsaussichten ein, dass Ihre Beratungsgespräche zu einer positiven Lebensstiländerung der Patienten führen?

Erhöhung der Bewegungs-/ Sportaktivität

- erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Umstellung auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung

- erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Tabakentwöhnung

- erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Stressbewältigung

- erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Gibt es Barrieren, die Ihnen die Umsetzung der Beratung gem. Facharztvertrag-Orthopädie im Praxisalltag erschweren? (Mehrfachnennung möglich)

- zeitlich
- räumlich
- sprachlich (die Patienten verstehen mich schlecht/nicht)
- kognitiv (die Patienten verstehen die Inhalte des Gespräches schlecht/nicht)
- Bereitschaft der Patienten (Patienten wünschen keine Beratung)
- Sonstige

Wenn ja, welche:

-
- es gibt keine Barrieren

3 Praxispersonalbefragung

Evaluation des Orthopädie-Selektivvertrages nach § 73c Orthopädie-Facharztvertrag Befragung aller in der Praxis tätigen EFAs und MFAs – letzte Erinnerungsmail

Sehr geehrtes Praxispersonal,

im Rahmen eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekts evaluieren wir die orthopädische Versorgung nach § 73c des Orthopädie-Facharztvertrages.

Wir bitten **alle in der Praxis tätigen EFAs und MFAs** sich kurz Zeit zu nehmen, um an der 5-Minütigen anonymen Online-Befragung teilzunehmen.

Hier geht es zur Umfrage:

<https://www.soscisurvey.de/Orthopaedie/?K=MFA73c>

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, repräsentative Daten zu erheben. Wir bedanken uns dafür vielmals!

Sie haben schon an der Fragebogenerhebung teilgenommen? Dann ignorieren Sie bitte die E-Mail. Aus Datenschutzgründen können wir nicht nachvollziehen, wer von Ihnen bereits teilgenommen hat.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Online-Fragebogens, Datenschutz oder bei sonstigen Anliegen, können Sie sich jederzeit an Florian Giesche (giesche@sport.uni-frankfurt.de) oder an mich wenden.

An alle Ärzte/innen: Bitte leiten Sie diese Nachricht an Ihre Mitarbeiter/innen weiter.

Fragebogen EFA und MFA

Kann der Bedarf für die Inhalte des Facharztvertrages in der Patientenversorgung gedeckt werden? (z.B. Beratungen zum Lebensstil und zum Umgang mit der Erkrankung, weniger medikamentöse/ invasive Therapie, Kommunikation mit dem Hausarzt)

nein eher nein neutral eher ja ja

Lässt sich die Patientenversorgung gemäß Facharztvertrag gut in den bestehenden Praxisbetrieb integrieren?

nein eher nein neutral eher ja ja

Kann die Patientenversorgung gemäß Facharztvertrag mit den vorhandenen Ressourcen (Infrastruktur und Personal) gewährleistet werden?

nein eher nein neutral eher ja ja

Besteht aus Ihrer Sicht wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der Inhalte des Facharztvertrages im Hinblick auf die verbesserte Patientenversorgung?

nein eher nein neutral eher ja ja

Ist der Facharztvertrag für den Großteil der Patienten der eingeschlossenen Diagnosegruppen nachhaltig anwendbar?

nein eher nein neutral eher ja ja

Kann der Facharztvertrag im vorgegebenen Umfang und inhaltlich ohne Abstriche bei Ihnen integriert werden?

nein eher nein neutral eher ja ja

Haben Sie eine Ausbildung als Entlastungsassistent(in) in der Facharztpraxis?

ja nein in Ausbildung

Sind Sie ausschließlich im Bereich Verwaltung und Organisation tätig?

ja nein, ich führe auch andere Tätigkeiten durch

Gehört zu Ihren Aufgaben auch die Beratung von Patienten bzw. die Weitergabe von Informationen?

ja nein

Zu welchen Themen beraten Sie die Patienten typischerweise? (Mehrfachantwort möglich)

- Allgemein zur Funktion und Anatomie der betroffenen Körperregion
- zur Gesundheit im Alltag (z.B. Ernährung, Bewegung, Rauchen)
- zu den Gesundheitsangeboten der Krankenkassen
- zu den Selbsthilfemöglichkeiten vor Ort (z.B. Patientenschulung)

Wie viele Stunden beträgt Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit?

_____ Stunden pro Woche

Wie viele Patienten werden in Ihrer Praxis pro Quartal im Facharztvertrag-Orthopädie § 73c behandelt?

Circa _____ Patienten pro Quartal

Wie viele Patienten im Facharztvertrag Orthopädie beraten Sie durchschnittlich pro Woche?

_____ Patienten pro Woche

Haben Sie auch vor Ihrer Qualifikation zur "EFA-Orthopädie" Beratungen von Patienten durchgeführt?

ja nein

Wie schätzen Sie Ihre Kompetenz für die Beratung der Patienten bei folgenden Themen ein?

Bewegung

sehr kompetent eher kompetent weniger kompetent nicht kompetent

Ernährung

sehr kompetent eher kompetent weniger kompetent nicht kompetent

Tabakkonsum

sehr kompetent eher kompetent weniger kompetent nicht kompetent

Stressbewältigung

sehr kompetent eher kompetent weniger kompetent nicht kompetent

Wie hoch schätzen Sie die Erfolgsaussichten ein, dass Ihre Beratungsgespräche zu einer positiven Lebensstiländerung der Patienten führen?

Erhöhung der Bewegungs-/ Sportaktivität

erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Umstellung auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung

erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Tabakentwöhnung

erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Stressbewältigung

erfolgreich eher erfolgreich eher erfolglos erfolglos

Gibt es Barrieren, die Ihnen die Umsetzung der Beratung gem. Facharztvertrag-Orthopädie im Praxisalltag erschweren? (Mehrfachnennung möglich)

zeitlich

räumlich (keinen Raum für ungestörte Beratungsgespräche)

sprachlich (die Patienten verstehen mich schlecht/nicht)

kognitiv (die Patienten verstehen die Inhalte des Gespräches schlecht/nicht)

Bereitschaft der Patienten (Patienten wünschen keine Beratung)

Sonstige

Wenn ja, welche:

es gibt keine Barrieren

Zusatzfragen für MFAs / EFAs

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Ich habe folgende Weiterbildungen/Zusatzqualifikationen:

keine

Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA gem. § 73c -Orthopädie)

Andere

Wenn ja, welche:

Ich arbeite überwiegend in der:

Verwaltung und Organisation

- Vorbereitung der Untersuchung und Behandlung
- Information, Beratung und Aufklärung von Patienten

Ich bin seit _____ Jahren als MFA tätig.

Nur für MFAs mit EFA-Qualifikation

Durch meine Weiterbildung zur EFA hat sich mein Tätigkeitsfeld erweitert und ich unterstütze den Arzt bei der präventiven Information und motivationalen Beratung der Patienten zum Lebensstil und zum Umgang mit der Erkrankung.

- ja
- nein

Ich habe seit _____ Jahren und _____ Monaten meine EFA-Qualifikation.

Ich wünsche mir eine individualisierte Rückmeldung zu meiner Praxis im Sinne eines Qualitätsmanagements.

- ja
- nein

4 Anhang B – Auswirkungen der Fallzahlproblematik auf die Hypothesenprüfung und die methodische Umsetzung

Tabelle 1. Auswirkungen der Fallzahlproblematik auf die Hypothesenprüfung gemäß Ursprungsantrag (Fördermittelantrag bzw. Evaluationskonzept) von AP3

Ursprungsantrag	Abweichung
<p>H1: Die strukturierte ärztliche Informationsvermittlung und Beratung führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einem erhöhten gesundheitsbewussten Verhalten, erzielt gesundheitsrelevante Verbesserungen, fördert die aktive Beteiligung von Patienten und deren gesundheitsbezogenen Selbstmanagement.</p>	<p>Aufgrund der in Kapitel 2 beschriebenen Fallzahlproblematik, war eine inferenzstatistische Überprüfung von Hypothese 1 (Evaluationskonzept) im Gruppenvergleich (Facharztvertrag vs. Regelversorgung) nicht möglich. Dies ist insbesondere auf den sehr geringen Fragebogenrücklauf aus der Gruppe der Regelversorgung zurückzuführen. Der Gruppenvergleich erfolgte mittels deskriptiver Analysen.</p> <p>Zusätzlich wurden Daten zu den Beratungsinhalten (Informationsstufen, gem. Anlage 17 Facharztvertrag) erhoben.</p>
<p>H2: Der strukturierte Ablauf von der biopsychosozialen Anamnese zur Beratung, Motivation und Unterstützung der Patienten führt indikationsbezogen zu einer höheren Versorgungsqualität hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und der Beratungsinhalte- und -qualität, in Relation zur Regelversorgung.</p>	<p>Aufgrund der o. g. Fallzahlproblematik, entschied sich AP3 eine indikationsübergreifende deskriptive Vergleichsanalyse zwischen der Facharztgruppe und der Regelversorgung im Querschnitt (d.h. keine subgruppenspezifische Auswertung) durchzuführen. Die unter der subgruppenspezifischen Hypothese 2 (Evaluationskonzept von AP3) aufgeführten Zielgrößen beziehen sich daher wie Hypothese 1 auf das Gesamtkollektiv der einzelnen Gruppen. Innerhalb der Vertragsgruppe wurden diese Zielgrößen jedoch auf Veränderungen im Vorher-Nachher-Vergleich (Längsschnitt) mittels Inferenzstatistik überprüft.</p>
<p>H3: Das vorliegende Modell der Patientenversorgung zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei muskuloskelettalen Erkrankungen gemäß § 73c SGB V ist implementierbar und nachhaltig.</p>	<p>Konnte wie geplant bearbeitet werden.</p> <p>Zusätzlich wurden Daten zu den Beratungsinhalten (Informationsstufen, gem. Anlage 17 Facharztvertrag), Barrieren in der Patientenberatung und Beratungskompetenzen erhoben.</p>

Tabelle 2. Auswirkungen der Fallzahlproblematik auf die methodische Umsetzung gemäß Ursprungsantrags (Fördermit-telantrag bzw. Evaluationskonzept) von AP3

Ursprungsantrag	Abweichung
<p>Studienteam der Sportmedizin klärt Pb auf und prüft Einschlussfähigkeit.</p>	<p>Die Aufklärung der Probanden erfolgte über das Praxispersonal und nicht über das Studienteam der Sportmedizin. Das Praxispersonal gab den Fragebogen in einem rückfrankierten Umschlag an orthopädische Patienten der Hauptdiagno-segruppen aus. Diese füllten den Fragebogen zu Hause aus und sendeten diesen postalisch an das Studienteam zurück. Eine Datenerhe-bung in der Praxis, war aus datenschutzrechtli-chen und infrastrukturellen Gründen nicht mög-lich.</p>
<p>Die Kontrollgruppe zu den eingeschlossenen Patien-ten wird auf Basis eines Matchingplans rekrutiert (Al-ter, Geschlecht, berufliche Hauptbelastung und Di-agnose, inkl. Chronifizierungsgrad).</p>	<p>Aufgrund des zu geringen Fragebogenrücklaus, insbesondere aus der Gruppe der Regelversor-gung, lagen für die Realisierung eines Mat-thingplans viel zu wenige Kontrollprobanden vor.</p>
<p>Für die Praxen ist eine Vollerhebung aller TN am Or-thopädievertrag geplant resp. (Verhältnis 2:1) Mittel-werts- und Varianzgemachter Kontrollpraxen. Diese werden auf Basis eines Matchingplans (Praxisgröße und Gebiet) rekrutiert anhand der zuerst einge-schlossenen/teilnehmenden Vertragspraxen.</p>	<p>Aufgrund des zu geringen Fragebogenrücklaus, insbesondere aus der Gruppe der Regelversor-gung, lagen für die Realisierung eines Mat-thingplans viel zu wenige Kontrollpraxen vor.</p>
<p>Zwei Kontrollgruppen der Regelversorgung (inner-halb und außerhalb Baden-Württembergs)</p>	<p>Aufgrund des zu geringen Fragebogenrücklaus, insbesondere aus der Gruppe der Regelversor-gung innerhalb Baden-Württembergs wurden beide Gruppen zu einer zusammengefasst.</p>
<p>Statistik – Patientenbefragung: Die Hypothesenprü-fung erfolgt confirmatorisch</p>	<p>Eine interferenzstatistische Hypothesenprüfung war aufgrund der Fallzahlproblematik nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Der Gruppen-vergleich im Querschnitt erfolgte deskriptiv und im Längsschnitt für die Facharztvertragsgruppe inferenzstatistisch.</p>
<p>Statistik – Analyse innerhalb der Hauptdiagnose-gruppen chronischer Rückenschmerz und Arthrose, sowie subgruppenspezifische Analyse differenziert nach prävalentem und inzidenten Rückenschmerz</p>	<p>Aufgrund der o.g. Fallzahlproblematik, ent-schied sich AP3 eine indikationsübergreifende deskriptive Vergleichsanalyse zwischen der Facharztgruppe und der Regelversorgung im</p>

und Arthrose mit und ohne interventionellem Bedarf.	Querschnitt (d.h. keine subgruppenspezifische Auswertung) durchzuführen. Darüber hinaus, konnte für Patienten mit mehreren orthopädischen Diagnosen nicht nachvollzogen werden, welche Diagnose der aktuell primäre Behandlungsgrund war. Die Analyse erfolgte somit für das Gesamtkollektiv der einzelnen Gruppen. Die entsprechenden indikationsspezifischen Zielgrößen wurden deskriptiv zwischen der Facharztgruppe und der Regelversorgung im Querschnitt indikationsübergreifend verglichen. Zusätzlich wurden diese Zielgrößen innerhalb der Vertragsgruppe auf Veränderungen im Vorher-Nachher-Vergleich (Längsschnitt) inferenzstatistisch überprüft.
Überprüfung von Änderungs-, Zusammenhangs-, bzw. Unterschiedsfragestellungen erfolgt mittels parametrischer und nicht-parametrischer Tests unter Berücksichtigung konfundierender Variablen und explorativer Gruppierungsvariablen.	Aufgrund der Fallzahlproblematik und der damit einhergehend reduzierten statistischen Power und Aussagekraft, entschied sich AP3 keine Kofaktorenanalyse durchzuführen.
Implementierbarkeit und Nachhaltigkeit des Facharztvertrags aus Sicht der Ärzte und des Praxispersonals.	Dies wurde wie geplant mittels Hexagon-Tool erfasst. Darüber hinaus wurden Barrieren in der Patientenberatung, die in den Beratungsgesprächen realisierten Informationsstufen sowie der Beratungserfolg hinsichtlich einer positiven Lebensstiländerung der Patienten von den Ärzten und dem Praxispersonal erfragt. EFAs wurden zusätzlich noch nach der Einschätzung ihrer Beratungskompetenz für die Lebensstilberatung befragt.

Tabelle 3. Vergleich zwischen ursprünglichen und adaptierten Meilensteinplan von AP3

	ursprünglich	adaptiert	Inhalt
Meilenstein 14:	30.06.2019	29.02.2020	Hälfte der Einschlusszahlen erreicht (nicht erreicht)
Meilenstein 15:	31.07.2019	31.03.2020	Zwei Drittel der Einschlusszahlen erreicht (nicht erreicht)
Meilenstein 21:	31.10.2019	30.04.2020	Einschlusszahlen erreicht (nicht erreicht)

Meilenstein 26:	01.02.2020	30.04.2020	Beginn Prüfung, Sicherstellung der Datenstruktur (erreicht)
Meilenstein 28:	31.03.2020	31.07.2020	Erhebungsphase/Befragung der Praxen/Versicherten abgeschlossen (erreicht)
Meilenstein 29:	30.04.2020	31.07.2020	Dateneingabe und Bereinigung abgeschlossen (erreicht)
Meilenstein 31:	31.05.2020	31.07.2020	Prüfung und Sicherstellung der Datenstruktur abgeschlossen (erreicht)
Meilenstein 32c:	30.06.2020	15.09.2020	Auswertung und Datenanalyse abgeschlossen (erreicht)
Meilenstein 33c:	31.08.2020	30.09.2020	Interpretation der Ergebnisse abgeschlossen (erreicht)