

Anlage 6: Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rheuma

IGiB – Strukturmigration im
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:

01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden
Behandlungspfad Rheuma

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Präambel.....	3
1. Ausgangslage	4
2. Ist-Analyse.....	7
3. Zielgruppen-Definition	11
4. Zielsetzung.....	12
5. Pfadschema	14
6. Pfaderläuterung.....	15
7. Qualitätssicherung.....	24
8. Leistungsbestandteile	24
9. Evaluation.....	26
Literaturverzeichnis	27
Abkürzungsverzeichnis	29
Abbildungsverzeichnis	30
Tabellenverzeichnis	30
Anhang.....	31

Präambel

Das vorliegende Konzept zum sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Rheuma ordnet sich in das Teilprojekt 4 (TP 4) „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert. Gemäß Förderantrag wurden 6 SÜ-BHPF im Rahmen des TP 4 genehmigt. Die Indikation Rheuma war ursprünglich nicht im Förderantrag aufgeführt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung gab es keine ambulante rheumatologische Versorgung im Mittelbereich Templin.

Zum 01.10.2017 erfolgte die Niederlassung einer Rheumatologin, so dass auf Initiative der Ärzte im Rahmen der Projektgruppenarbeit die Indikation für das TP 4 ausgewählt wurde. Hierzu erfolgte eine Anfrage beim DLR. Die Genehmigung bzw. Zustimmung der Indikation Rheuma wurde seitens des DLR mit Schreiben vom 06.03.2018 unter dem Vorbehalt der Ausgabenneutralität erteilt.

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten SÜ-BHPF zu ausgewählten Indikationen zu etablieren, um damit über die Stärkung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten stationäre Fehlallokationen zu vermeiden. Die Umsetzung der SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz von ^{zwei} agnes-Fachkräften. Durch die Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten SÜ-BHPF Rheuma wird die Reduzierung unnötiger stationärer Behandlungen angestrebt. Damit einhergehend, sollen Krankheitskosten reduziert und die Lebensqualität von rheumatologisch erkrankten Patienten erhöht werden.

Potsdam, den 22.08.2018

1. Ausgangslage

Die entzündlich-rheumatischen Krankheiten des Erwachsenenalters umfassen mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder (Zink 2010). Diese verbindet die Charakteristika von schweren, chronisch entzündlichen Allgemeinerkrankungen, bei denen das Immunsystem körpereigene Stoffe und Strukturen, insbesondere an den Bewegungsorganen, angreift (Ebd.). Dies geht mit Schmerzen und dem oft kontinuierlichen Verlust der körperlichen Funktionsfähigkeit einher. Die entzündlich-rheumatischen Krankheiten des Erwachsenenalters lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen:

1. entzündliche Gelenkerkrankungen (Polyarthritiden) mit der rheumatoiden Arthritis als häufigste Einzeldiagnose,
2. die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke (Spondyloarthritiden) mit der anklyosierenden Spondylitis bzw. Morbus Bechterew als typische Krankheit sowie
3. die Gruppe der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes (Vaskulitiden und Kollagenosen) mit dem systemischen Lupus erythematoses (SLE) als häufigste Einzeldiagnose.

Eine Besonderheit stellt die Psoriasisarthritis (Schuppenflechtenarthritis, PsA) dar. Sie zählt ebenfalls zu den entzündlichen Gelenkerkrankungen und tritt häufig in Verbindung mit einer Psoriasis der Haut oder Nägel auf. Rund ein Drittel der von Schuppenflechte betroffenen Patienten entwickeln im Laufe der Zeit auch eine Psoriasisarthritis.

In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Menschen ($\approx 2\%$ der erwachsenen Bevölkerung) unter entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (DGRh 2008). Die Krankheit mit der höchsten Prävalenz aus dem Feld der entzündlichen-rheumatischen Erkrankungen ist die rheumatoide Arthritis. Mit einer Prävalenz von ca. $0,8\%$, je nach Berechnungs- und Datengrundlage $0,3 - 1\%$, der erwachsenen Bevölkerung sind ca. 550.000 Menschen von der rheumatoiden Arthritis in Deutschland betroffen. Die Inzidenz liegt bei ca. 20 – 40 je 100.000 Personen pro Jahr (EUMUSC 2015). Eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Neuerkrankung ist mit den folgenden Merkmalen assoziiert: erhöhtes Alter, weibliches Geschlecht, ausgewählte genetische Marker, Rauchen und Übergewicht (Liao et al. 2015, Symmons et al. 2013). Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 55 und 65 Jahren, wobei Männer später erkranken als Frauen (Zink 2010).

Eine aktuelle Analyse der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Jahr 2015 zur Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, dass die Bundesländer Brandenburg ($1,25\%$), Niedersachsen ($1,26\%$) und Mecklenburg-Vorpommern ($1,35\%$) die höchste standardisierte Diagnoseprävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland aufweisen. Der Bundeswert liegt bei $1,06\%$.

Für die spezialisierte Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen stehen im Land Brandenburg 32 Fachärzte der Inneren Medizin und Rheumatologie und 13 Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie zur Verfügung. Der Bedarf an Rheumatologen wurde seitens der DGRh im Jahr 2008 im Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“ auf einen internistischen Rheumatologen pro 50.000 erwachsenen Einwohnern berechnet (DGRh 2008). Eine Situationserhebung für den Bereich der orthopädischen Rheumatologie erfolgte nicht. Bezogen auf den ambulanten Sektor ergibt sich im Land

Brandenburg ein Verhältnis von einem internistischen Rheumatologen je 78.000 erwachsene Einwohner. Wird jedoch die Anrechnungszahl bei internistischen Rheumatologen (23,5) herangezogen, ergibt sich ein Verhältnis von einem internistischen Rheumatologen je 106.000 erwachsene Einwohner. Im Mittelbereich Templin existierte bis zur Niederlassung einer Rheumatologin im Oktober 2017 keine ambulante rheumatologische Versorgung.

In der Rheumatologie ist eine frühe Diagnose essentiell, um nicht rückbildungsfähige Folgeschäden zu verhindern (Schneider et al. 2011). Um der Bedarfslage gerecht zu werden und die strukturellen Voraussetzungen für die frühzeitige Diagnose und engmaschige Therapiekontrolle der rheumatoiden Arthritis und Morbus Bechterew zu ermöglichen, haben die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg und die AOK Nordost im Jahr 2010 einen Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie geschlossen. In ihm wird u.a. die koordinierte und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, der strukturierte und leitliniengerechte Versorgungsablauf sowie die Stärkung der Patienteninformation und Einbindung speziell ausgebildeter Rheumatologischer Fachassistenten, geregelt.

An diesem Strukturvertrag nehmen alle Fachärzte der rheumatologischen Versorgung sowie 311 koordinierende Hausärzte teil. Im Mittelbereich Templin betrifft dies 5/17 Hausärzten (Stand 2018).

Im Land Brandenburg befinden sich drei sogenannte regionale Rheumazentren: Regionales Rheumazentrum Nord-Brandenburg e.V., Regionales Rheumazentrum am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und Regionales Rheumazentrum des Johanniter-Krankenhauses im Fläming Treuenbrietzen GmbH. Diese Rheumazentren umfassen rheumatologische sowie kinderrheumatologische Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und stehen in engen Kontakt mit den niedergelassenen Rheumatologen der Region (Rheumaliga 2017). Die Templiner Rheumatologin ist im Rheumazentrum Nord-Brandenburg e.V. engagiert. Der gemeinnützige Verein wird von mehreren Kliniken als institutionellen Mitgliedern organisiert sowie von vielen Einzelmitgliedern getragen. Als eines der zirka 30 von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie nach deren Qualitätskriterien anerkannten kooperativen regionalen Rheumazentren ist es einer stetigen Verbesserung der rheumatologischen Versorgung im Norden des Bundeslandes Brandenburg verpflichtet. Durch enge Vernetzung der vorhandenen Ressourcen sowie durch Förderung kontinuierlicher Fortbildung und Einbindung wissenschaftlicher Arbeitsweise und neuester Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie soll ein Optimum an fachlicher Versorgung der Rheumakranken gewährleistet werden.

Über das Land Brandenburg hinausgehend, beschäftigen sich aktuell drei durch den Innovationsfonds geförderte Projekte mit der Verbesserung der rheumatologischen Versorgung:

VERho ("Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren")

Hauptziele:

- Deeskalation DMARDS (Aufbau eines Registers)
- Therapiesicherheit erhöhen
- Förderung Selbstmanagement von Patienten mit rheumatoider Arthritis

RheumaVor ("Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation"):

Hauptziele:

- Verkürzung der Diagnosestellung,
- „koordinierte Kooperation“ zwischen Hausärzten, Fachärzten und Patienten, gesteuert und unterstützt durch fachübergreifend besetzte Koordinationsstellen

Stärker („Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma“)

Hauptziele:

- Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Rheumatologie soll effektiver und effizienter gestaltet werden
- strukturierte Übertragung ärztlicher Leistungen an Rheumafachangestellte (RFA)

2. Ist-Analyse

Um genaue Aussagen hinsichtlich des Bedarfes zur Implementierung eines SÜ-Pfades Rheuma treffen zu können, wurde eine Potenzialanalyse durchgeführt. Die zur Auswertung herangezogenen Daten beziehen sich auf Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte im MB Templin, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) bereitgestellt wurden. Im Folgenden wird die Anzahl der Patienten im Jahr 2017 mit den Top 5 der am häufigsten dokumentierten Diagnosen ausgewertet. Eine vollständige Darstellung aller dokumentierten Diagnosen findet sich im Anhang.

Die Top 5 Diagnosen sind:

- ICD-Kode M06.-: Sonstige chronische Polyarthrititis
- ICD-Kode M05.-: Seropositive chronische Polyarthrititis
- ICD-Kode M45.0-: Spondylitis ankylosans
- ICD-Kode L40.5†: Spondylitis psoriatica
- ICD-Kode M35.3: Polymyalgia rheumatica

Im MB Templin leben insgesamt 27.000 Menschen (Stand: 31.12.2014). Nach Auswertung des Datensatzes wird ersichtlich, dass insgesamt 3,9% Prozent der Einwohner (n = 1.045 Menschen) eine der fünf rheumatischen Diagnosen aufweisen. Bezogen auf das Geschlecht sind 66 Prozent (n = 690) weiblich und 34 Prozent (n = 355) männlich.

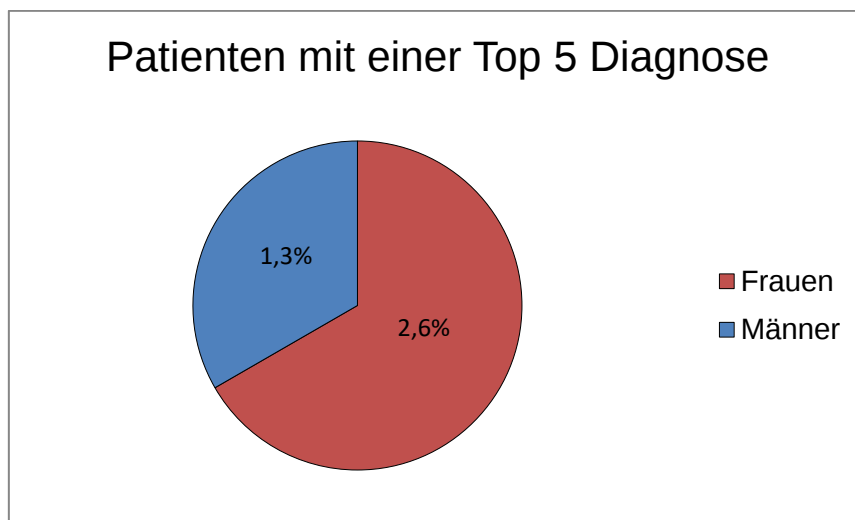


Abbildung 1: Patienten mit Top 5 Diagnosen im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Alters wird deutlich, dass die betrachteten rheumatischen Diagnosen in allen Altersgruppen vertreten sind. Am häufigsten sind die Altersgruppen von 51 bis 60; 61 bis 70 und 71 bis 80 Jahren zu nennen. Bezogen auf das Geschlecht decken sich die Ergebnisse in Templin mit den bundesweit ermittelten Durchschnittswerten. Bei Frauen wird in früheren Altersgruppen und in gesteigerter Häufigkeit im Vergleich zum männlichen Geschlecht eine rheumatische Diagnose festgestellt. Ebenso deckend mit dem Bundesergebnissen zeigt sich in Templin die Polyarthrititis (rheumatoide Arthritis) als Diagnose mit der höchsten Prävalenz, gefolgt von der Spondylitis

ankylosans, welche als einzige Diagnose etwas häufiger beim männlichen Geschlecht diagnostiziert wird.

Tabelle 1: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Geschlecht	Altersgruppe	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3
männlich	0 bis 18	0	0	0	0	0
	19 bis 30	0	4	4	0	0
	31 bis 40	0	6	7	0	0
	41 bis 50	3	6	12	4	0
	51 bis 60	9	38	22	16	4
	61 bis 70	2	37	18	14	7
	71 bis 80	9	47	13	9	14
	81 bis 90	3	29	3	1	12
	über 90	0	2	0	0	0
	Gesamt	26	169	79	44	37
weiblich	19 bis 30	2	9	3	1	0
	31 bis 40	1	21	8	5	0
	41 bis 50	6	42	15	4	0
	51 bis 60	18	96	22	24	13
	61 bis 70	15	86	9	17	14
	71 bis 80	12	101	4	6	38
	81 bis 90	12	54	0	2	19
	über 90	1	6	0	1	3
	Gesamt	67	415	61	60	87

Rheumapatienten weisen eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität auf (DGRh 2013; Schneider 2011). Damit verbunden sind Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Gicht und Depressionen. Diese Begleiterkrankungen werden in der Regel nicht vom Rheumatologen behandelt. Insbesondere aufgrund der Relevanz der Frühdiagnostik bei rheumatischen Erkrankungen sind die Leitsymptome von Begleiterkrankungen zu hinterfragen. Die Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte in Templin zeigen, dass insbesondere Patienten mit rheumatoider Arthritis zusätzlich an einer Hypertonie oder einer Fettstoffwechselstörung leiden. Diabetes und Depressionen finden sich ebenfalls als Begleiterkrankung, jedoch in geringerer Häufigkeit. Hinsichtlich des Geschlechtes, leiden Frauen nahezu doppelt so häufig unter einer Begleiterkrankung im Vergleich zu Männern. Die Diagnosen M05, M45.0, L40.5 sowie M35.5 sind im Vergleich zur ICD 10 Diagnose M06 mit Blick auf die Begleit-/ Folgeerkrankungen nicht vergleichbar signifikant und werden daher im Anhang dargestellt.

Häufigkeit der Patienten mit ICD10 M06 und bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen

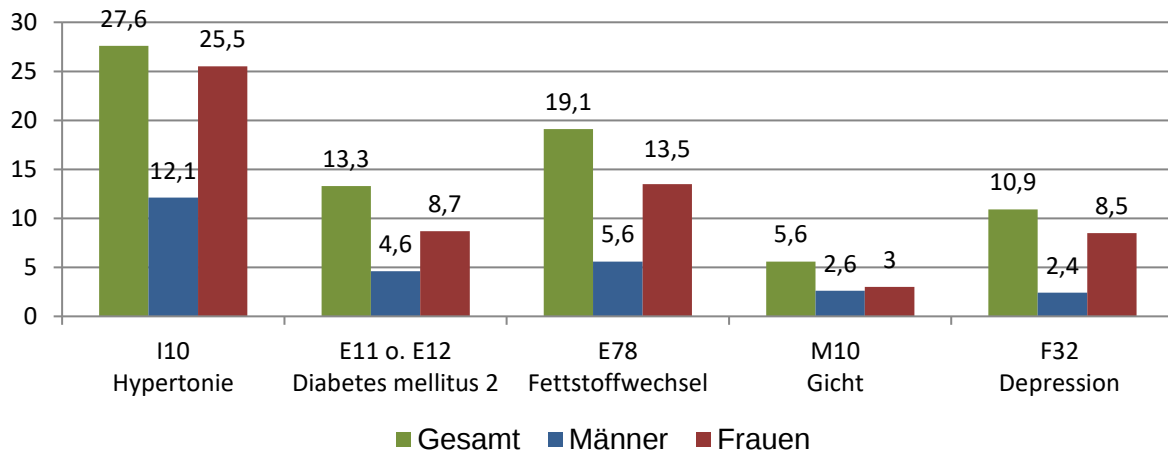


Abbildung 2: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

Um zu prüfen, welche Arztgruppen bereits an der Versorgung von rheumatischen Patienten beteiligt sind, wurde eine Analyse der rheumatischen Diagnosen nach Arztgruppe durchgeführt.

Tabelle 2: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Arztgruppe	Anzahl tätiger Ärzte in 2017	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3	Gesamt
Allg./ Prakt./ Inn.Med. HA	18	78	483	79	74	127	841
Anästhesiologie	1	0	12	4	5	7	28
Augenheilkunde	2	0	8	0	0	0	8
Chirurgie	1	0	10	2	2	0	14
Frauenheilkunde	2	0	2	0	0	0	2
Hämatologie / Onkologie	1	1	26	2	2	2	33
HNO	1	0	9	4	0	1	14
Kardiologie	1	0	0	0	0	3	3
Nervenheilkunde	1	0	2	2	0	0	4
Orthopädie	3	5	26	29	21	9	90
Pneumologie	1	0	27	5	1	7	40
Rheumatologie*	1	29	169	56	26	22	302
Urologie	1	0	1	0	0	1	2

*es handelt sich hier lediglich um die Zahlen des ersten Quartals, da bis Oktober 2017 keine Fachgruppe Rheumatologie existierte

In Tabelle 2 ist ersichtlich, dass 18 niedergelassene Hausärzte im Mittelbereich Templin die meisten Diagnosen (n= 841) vergeben haben, gefolgt von der Fachgruppe Rheumatologie (n= 302) und Orthopädie (n= 90). Da die Fachgruppe Rheumatologie sich jedoch auf eine einzige Ärztin beschränkt, ist hier die häufigste Diagnosestellung pro Arzt zu konstatieren.

Tabelle 3: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Wohnort des Patienten	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3
Mittelbereich Templin	79	501	107	78	113
Bereich KVBB ohne MB Templin	13	72	30	21	9
andere KV-Bereiche	1	11	3	5	2

Dass der Bedarf für einen Vorort tätigen Rheumatologen bestand, wird durch Tabelle 3 deutlich. 84% der Patienten mit einer Top 5 Diagnosen, haben ihren Wohnort im Mittelbereich Templin, 13,9% kommen aus anderen Bereichen der KV Brandenburg und 2,1% kommen aus gänzlich anderen KV Bereichen. Patienten mit entsprechender Symptomatik oder Verdachtsdiagnose steuern meist den ihnen vertrauten Hausarzt an. Da bis Oktober 2017 keine Rheumatologie im Mittelbereich Templin existierte, sind Hausärzte die ersten Ansprechpartner für Rheumapatienten. Dies wurde in der Projektgruppe „SÜ-BHPF – Rheuma“ von der teilnehmenden Rheumatologin bestätigt. Durch den Rheumastrukturvertrag (RSV) besteht zwar ein etabliertes Ablaufschema, welches die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Rheumatologe regelt, an diesem nehmen jedoch nur 5 der 17 in 2018 noch tätigen Hausärzte teil. Zudem verfügt die vorort tätige Rheumatologin noch nicht abschließend über alle Voraussetzungen zur Teilnahme am RSV, da noch eine Weiterqualifizierung der MFA zur RFA erfolgen muss. Der RSV beschränkt sich auf AOK Versicherte mit der gesicherten Diagnose:

- Rheumatoide Arthritis (M05.-, M06.-)
- Spondyloarthritiden (M07.2; M45.-, M46.-)

Diese Patienten sollen mit entsprechender Abgrenzungsregelung zum RSV, zukünftig ebenfalls in den Behandlungspfad eingesteuert werden, um von den frühdiagnostischen und begleitend therapeutischen Maßnahmen zu profitieren und die wohnortnahe Versorgung in Templin weiter zu stärken.

Für die Abbildung des stationären Bereiches wurde die Vorstudie zum Projekt (Strukturmigration im Mittelbereich Templin) von AGENON herangezogen. Bei den ausgewerteten TOP15-Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle nach Altersgruppen finden sich keine entzündlich rheumatischen Diagnosen. Ebenfalls nicht im Bereich der als Notfall dokumentierten stationären Behandlungsfälle. Durch das Bundesamt für Statistik wurden in der jährlichen Diagnosestatistik 120 stationäre Behandlungen/ 100.000 Einwohner für Patienten mit entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen ermittelt (DGRh, 2016). Rheumatische Erkrankungen finden sich bei schweren Verläufen oder bei solchen, welche eine spezialisierte, interdisziplinäre Versorgung benötigen auch im stationären Bereich wieder, z.B. durch das Auftreten von:

- zusätzlichen Begleit-/Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus; psychische Erkrankungszustände, wie z.B. depressive Episoden oder solche die eine Operation erfordern, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, andere Erkrankungen und Alterungsprozesse des Bewegungsapparates, wie bspw. Arthrose oder ein benötigter Gelenkersatz),
- ambulant nicht ausreichend behandelbaren Krankheitsschüben oder Schmerzzuständen,
- bei schwerwiegenden Therapiekomplikationen oder Organbeteiligung wie Herz, Nieren, Lunge, Darm, Haut oder Augen (DGRh, 2016).

In der Regel können rheumatische Erkrankungen, insbesondere wenn sie frühzeitig erkannt werden, angemessen ambulant eingestellt und betreut werden.

Ziel des Behandlungspfades sollte es demnach sein, stationäre Fälle zu vermeiden, indem die ambulante Versorgung und Früherkennung von entzündlich rheumatischen Erkrankungen soweit gestärkt wird, dass keine stationäre Behandlung notwendig wird. Hierfür sollen Maßnahmen zur Sekundärprävention zur Verhinderung erkrankungsbedingter Komorbiditäten eingeleitet werden.

Hinsichtlich des therapeutischen Angebotes, welches im Rahmen der Ist-Analyse ebenfalls berücksichtigt wurde, zeigt sich, dass zwar Bewegungsangebote unterschiedlicher Anbietern existieren, diese bisher jedoch nicht spezifisch auf Rheumapatienten zugeschnitten sind.

Körperlich-sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, die Gesundheitsressourcen zu stärken und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei einer Anzahl von chronischen Erkrankungen zu reduzieren. Hinsichtlich der Effekte auf die psychische Gesundheit¹ kann zusammengefasst werden, dass körperlich-sportliche Aktivitäten zur Verbesserung von Selbstkonzept, Beschwerdewahrnehmung, positiver Befindlichkeit und Stress-Reaktivität sowie zu einer Verminderung von Angst- und Depressionswerten führen können (vgl. Woll & Bös2004). Für den SÜ-BHPF sollen regionale Angebote einbezogen werden.

In der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplanes Gesundheitskompetenz aus dem Jahr 2018 heißt es: *Mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54,3 Prozent) weist eine lediglich eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen verfügen tendenziell über eine noch geringere Gesundheitskompetenz. Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder niedrigem Bildungsniveau sowie ältere und chronisch kranke Menschen* (Schaeffer et. al. 2018). In der Projektgruppe „SÜ-BHPF – Rheuma“ wurde ebenfalls deutlich, dass Rheumapatienten einen erhöhten Gesprächsbedarf aufweisen und aktives Interesse daran haben, Handlungskompetenz im Umgang mit der eigenen Krankheit zu erwerben. Dies wird bei der Entwicklung des Pfades im Bereich der neuen Versorgungsformen berücksichtigt und gefördert.

3. Zielgruppen-Definition

Gemäß der interdisziplinären Leitlinien der Qualität S2e „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit Krankheitsmodifizierenden Medikamenten“ sowie der Qualität S3: „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“, „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“, „Behandlung der Polymyalgia rheumatica“ werden Patienten mit den folgenden gesicherten Diagnosen in den Pfad eingeschlossen:

¹ Psychische Gesundheit wird nach Woll und Bös (2004) operationalisiert mit den Variablen: Befindlichkeit, Beschwerdeerleben, Depressivität, Angst, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und interne Kontrollüberzeugungen.

1. Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis (M05.-, M06.-)
2. Spondyloarthritis (M07.2, M45.0-, M46.0-, L40.5†)
3. Polymyalgia rheumatica (M35. 3)

Gemäß der Ist-Analyse sind insbesondere ältere Patienten von entzündlich rheumatischen Erkrankungen betroffen, bzw. werden diese im Mittelbereich Templin behandelt. Daher fokussiert der in diesem Dokument ausgearbeitete Behandlungspfad auf die Altersgruppe >18 Jahre. Gewisse patientenseitige Begleitumstände schließen eine Pfadrealisierung aus. Daher werden demente, geistig behinderte Patienten sowie Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen ausgeschlossen.

Derzeit existiert keine kinderrheumatologische Versorgung in Templin. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Kinderrheumatologen in Buch und der Charité. D.h. die Therapieentscheidung wird mit den Berliner Kinderrheumatologen gemeinsam gefällt, die Templiner Rheumatologin übernimmt die Überwachung.

4. Zielsetzung

Entzündlich rheumatische Erkrankungen erfordern eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung, um eine vollständige Manifestation (Zerstörung der Gelenke) verbunden mit chronischen Schmerzen zu vermeiden. Wird das Erkrankungsbild nicht frühzeitig detektiert, kann dies erhebliche Funktions- und Lebensqualitätseinschränkungen nach sich ziehen, welche eine längere Arbeitsunfähigkeit bis hin zur Frühberentung bedingen.

Derzeit ist es noch nicht möglich entzündlich rheumatische Erkrankungen gänzlich zu heilen, da sich deren Symptome, insbesondere in den frühen Erkrankungsstadien, oftmals wandeln und nicht gänzlich manifestiert sind (windows of opportunity). Die genaue Ursache der Krankheitsentstehung und welche Faktoren neue Entzündungen auslösen, ist zum größten Teil noch ungeklärt. Durch therapeutische und medikamentöse Verfahren kann jedoch eine nachhaltige Eindämmung der fortschreitenden Gelenkzerstörung oder auch Rückbildung aller akuten Entzündungszeichen erreicht werden (Remission).

Von hoher Relevanz für den Behandlungserfolg werden nach dem derzeitigen Stand der Forschung der Zeitpunkt der Diagnosestellung, eine engmaschige Verlaufskontrolle sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten angesehen (DGRh 2008, DGRh 2013, Schneider et al. 2011).

Das Betreuungskonzept für Rheumapatienten hat daher folgende Hauptziele:

1. frühzeitige Diagnostik: durch Etablierung eines Screening-Verfahrens mit einem Überleitungsbogen an den behandelnden Facharzt
2. Früherkennung und zeitnahe Behandlung von erkrankungsbedingten Komorbiditäten in einem interdisziplinären Versorgungsnetz
3. Entwicklung von intrinsisch motivierten Selbstmanagement beim Patienten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und Sekundärprävention weiterer Komorbiditäten (u.a. Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, andere Erkrankungen und Alterungsprozesse des Bewegungsapparates, wie bspw. Arthrose, psychische Erkrankungszustände, wie z.B. depressive Episoden)

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, berücksichtigt der Pfad eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen) und Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote).

5. Pfadschema

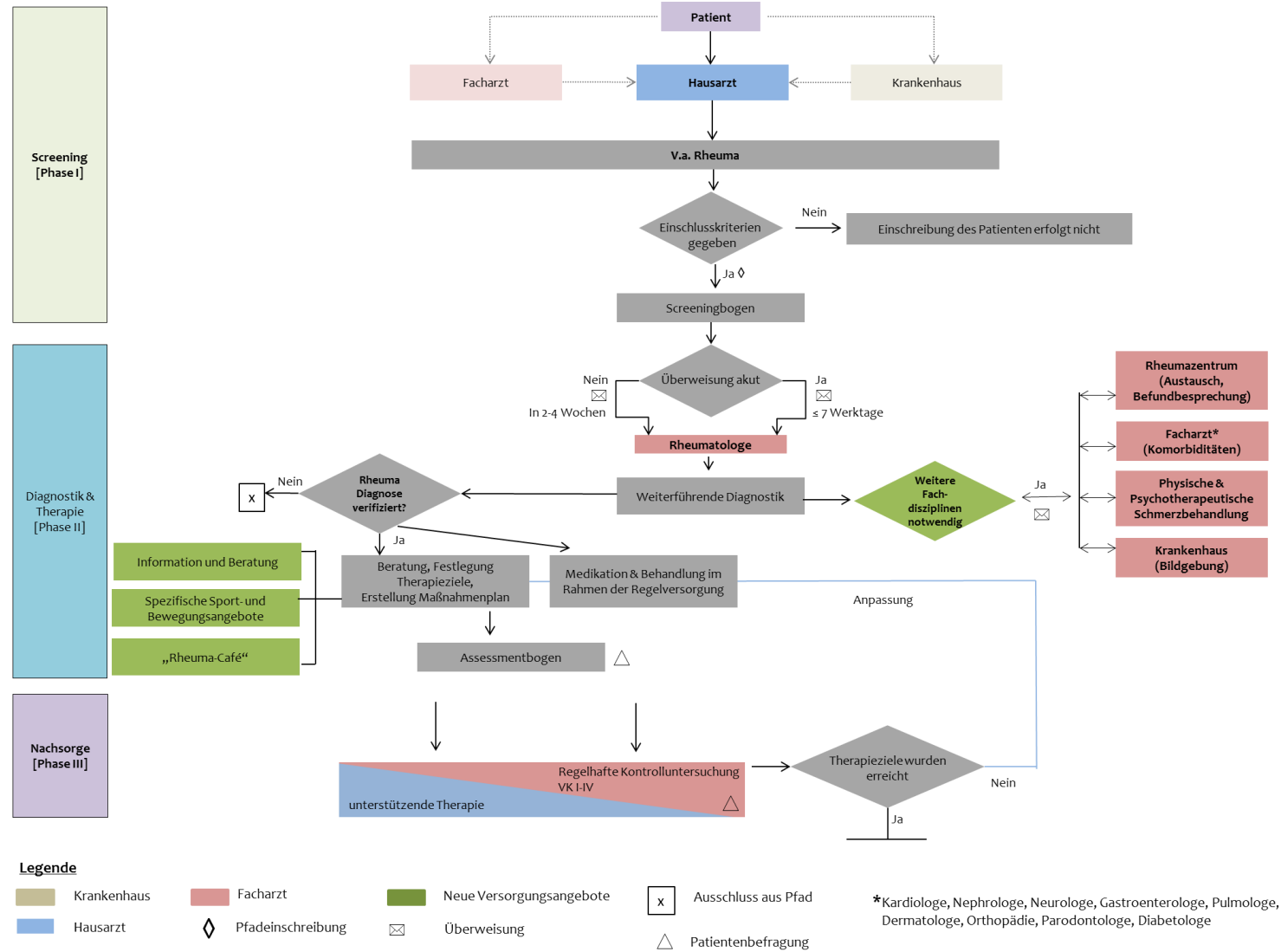


Abbildung 3: Pfadschema Rheuma

6. Pfaderläuterung

Der Pfad teilt sich auf in 3 Phasen.

6.1 Phase I

In der Phase 1 erfolgt der Zugang zum Pfad und das Screening bei Patienten mit Verdacht auf Rheuma.

6.1.1. Zugang zum Pfad

Der Patient kann mit

- einem Zufallsbefund/Verdachtsdiagnose
- einer klaren Rheumasymptomatik/ Schub
- chronische Erkrankung

beim

- Hausarzt (HA),
- Rheumatologen oder anderen Fachärzten (FA),
- oder im Krankenhaus (stationäre Aufnahme, Notfall)

erscheinen. Zugang zum Pfad erhält er über das Screening und die Einschreibung ins Projekt beim Hausarzt.

6.1.2. Screening beim Hausarzt

Anamnese:

Besteht der Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung im Sinne der festgelegten Zielgruppendiagnosen ist der Nachweis einer Entzündung zu erbringen und von der Differenzialdiagnose einer Arthrose abzugrenzen. Dies umfasst die Abklärung folgender Punkte gemäß Screeningbogen:

- Liegt eine Gelenksymptomatik vor, insbesondere geschwollene Gelenke?
- Sind nächtliche Rückenschmerzen aufgetreten?
- Erhebung der Dauer der Morgensteifigkeit in Minuten
- Gibt es eine anamnestisch bekannte Psoriasis?
- Liegen Sehstörungen vor?
- Regelmäßige Kopfschmerzen?
- Wann sind die Symptome erstmalig aufgetreten?
- Familienanamnese bzgl. familiärer rheumatischer Erkrankungen
- Durchführung einer Basislaboruntersuchung
 - BSG, CRP
 - Bei V.a. Spondyloarthritis zusätzlich HLA - B27

Ob eine Entzündung besteht (Einschlusskriterien gegeben) obliegt der ärztlichen Einschätzung, da die pauschale Festlegung einer bestimmten Anzahl von Faktoren, welche für die Indikation Rheuma vorliegen müssen, nicht klar getroffen werden kann, aufgrund der sich oftmals wan-

[Pfadkonzept Rheuma]

delnden und nicht gänzlich manifestierten Symptome. Insbesondere das Vorliegen der folgenden Parameter:

- Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis: 2 oder mehr geschwollene Gelenke über mehr als 6 Wochen andauernd, Morgensteifigkeit >30 min und/oder positive Entzündungsparameter
- Spondyloarthritis: positiver HLA-B27 Nachweis, Wirbelsäulen-und/oder Gelenkentzündung, nächtlicher Rückenschmerz über mehr als 6 Wochen andauernd und/oder positive Entzündungswerte
- Polymyalgia rheumatica: stark erhöhte Entzündungswerte mit BSG >40 mm/, Schmerzen im Schulter/ Oberschenkel -, Beckengürtelbereich, Morgensteifigkeit >45min, Akuteinweisung in eine Rheumaklinik/Notaufnahme bei Schläfenkopfschmerz und Sehstörungen

kann den Verdacht auf eine Entzündung erhärten. Entzündungsparameter können jedoch bei 80% der Patienten im Frühstadium fehlen, daher ist insbesondere die klinische Symptomatik von Relevanz. Sind aus ärztlicher Sicht die Einschlusskriterien für den Behandlungspfad gegeben ist der Patient über den Pfad zu informieren und das Interesse an einer Teilnahme zu erfragen. Sind die Einschlusskriterien für den Pfad nicht gegeben, da ein anderes Krankheitsbild vorliegt; kann ggf. bei erneuter Kontrolle mit sich zeigender klarer Symptomatik ein erneuter Einschluss in den Pfad erfolgen.

Möchte der Patient teilnehmen, sind die Untersuchungsergebnisse im Screeningbogen Rheuma (siehe Anhang) berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung zu integrieren und zu dokumentieren. Zusätzlich ist eine Übersicht aller Befunde des Patienten sowie ein aktueller Medikamentenplan (mit Angabe aller verordneten und selbstbeschafften Medikamente) aus dem arztseitig verwendeten Dokumentationssystem auszudrucken/ oder handschriftlich zu notieren und bei Überweisung des Patienten an die Rheumatologin beizufügen.

Die Überweisung des Patienten mit den vorliegenden Befunden an und die Behandlung durch die ortsansässige Rheumatologin soll binnen zwei – vier Wochen erfolgen.

Liegt eine:

- mehrtägig andauernde Verschlechterung des Zustandes,
- ein neuer Krankheitsschub,
- neu aufgetretene Entzündungszeichen,
- gravierende Nebenwirkungen einer bereits bestehenden antirheumatischen Therapie vor,

ist der Patient schnellstmöglich (innerhalb von 7 Werktagen) an die Rheumatologin zu überweisen und ein Termin durch die Rheumatologin zu gewährleisten.

6.2 Phase II

In der Phase 2 erfolgt die weiterführende Diagnostik, Befundsicherung und Therapie durch die Rheumatologin unter etwaigem Einbezug von weiteren Fachdisziplinen und Betreuungsstrukturen.

[Pfadkonzept Rheuma]

6.2.1. Weitere Diagnostik und Befundsicherung beim Rheumatologen

Nachdem der Patient mit Verdacht auf Rheuma zur Rheumatologin überwiesen wurde, gilt es die vom Überweiser gestellte Diagnose zu verifizieren und zu spezifizieren.

Hierfür sind folgende weiterführende diagnostische Maßnahmen zu ergreifen:

- Gelenkuntersuchung an 28 Gelenken zur Verifizierung der Gelenkveränderungen (anhand DAS-28 Beurteilung der Gelenkschwellung und Druckschmerzen)
- bei Bedarf erneutes Labor zur Erhebung der Entzündungsparameter (wenn kein Labor durch den Hausarzt durchgeführt wurde oder der Zeitraum der letzten Laborbestimmung eine relevante Änderung der Entzündungsparameter vermuten lässt)
- bei Bedarf erweiterte Bildgebung (z.B. eine Gelenksonographie inkl. Duplexverfahren oder eine Röntgenaufnahme) zur Bewertung der Prognose des Patienten, aber auch zum Ausschluss anderer Gelenkerkrankungen (u.a. Arthrose) oder von Tumoren, welche Rheuma imitieren. Bei Bedarf überweist die Rheumatologin den Patienten für eine Röntgenaufnahme an die Radiologie des Sana Krankenhaus Templin:
 - V.a. rheumatoide Arthritis: beide Hände dorsovolar (dv) & beide Vorfüße anterior-posterior (ap), Dens-Aufnahme
 - V.a. Spondyloarthritis: Lendenwirbelsäule mit SIG ap und Lendenwirbelsäule (LWS) seitlich bis untere Brustwirbelsäule (BWS), ggf. weitere Gelenkebenen
 - V.a. Polymyalgia rheumatica: Bursitis subdeltoidea, Bizepssehnen-Tenosynovitis und/oder Synovitis Glenohumeralgelenke
 - Ausschluss von Tumoren: Röntgen Thorax (Sana Krankenhaus Templin), Sonografie des Abdomen (in der Praxis der Rheumatologin)

Bei Bedarf überweist der Rheumatologe den Patienten für eine Röntgenaufnahme im Rahmen der Regelversorgung an die radiologische Zweigpraxis des Sana Gesundheitszentrums Oranienburg, MVZ Oranienburg, am Standort des Sana Krankenhauses Templin.

Bei Erstvorstellung des Patienten, erfolgt eine standardisierte Abfrage seiner Vorerkrankungen und seines Krankheitsgeschehens anhand eines praxeigenen Erstanamnese-Erhebungsbogens. Dieser enthält die Eigenanamnese zu Erkrankungen und allen gängigen Komorbiditäten; eine Familienanamnese; Angaben zum aktuellen Gesundheits-/Erkrankungsstatus sowie zur Krankheitsaktivität und Medikation. Wenn anamnestisch oder in der Diagnostik Abweichungen oder Komorbiditäten (gemäß Tab. 4) auftreten, die durch die Rheumatologin nicht adäquat behandelt werden dürfen, sind weitere Fachärzte oder Fachrichtungen gemäß der Versorgungsleitlinien in die Behandlung des rheumatischen Patienten einzubeziehen. Ziel ist es Komorbiditäten möglichst frühzeitig in einem interdisziplinären Team zu behandeln.. Stellt die Rheumatologin bspw. eine arterielle Hypertonie fest oder besteht der Verdacht auf Vorliegen einer arteriellen Hypertonie, erfolgt eine Überweisung des Patienten an den Kardiologen. Die häufigsten Komorbiditäten bei denen eine Überweisung erfolgt sind: Hypertonie und weitere kardiovaskulären Erkrankungen; Diabetes mellitus; Depressionen; Gicht und Fettstoffwechselstörung. Überwiesen wird mit der Fragestellung der Verifizierung des Verdachts (Tab. 4) und ggf. einer Behandlung durch den entsprechenden Facharzt oder der Übermittlung einer Therapieempfehlung. Die Betreuung und

[Pfadkonzept Rheuma]

Behandlung bei weiteren Fachdisziplinen und Betreuungsstrukturen erfolgt zeitgleich und in Austausch zur rheumatologischen Behandlung.

Eine ausführliche Darstellung weiterer Überweisungsmöglichkeiten zu anderen Fachdisziplinen aufgrund von Begleit/- und Folgeerkrankungen findet sich im Anhang.

Je nach Einschätzung der Rheumatologin sind einzubeziehen:

- Rheumazentrum: Zur Abklärung von Befunden oder Therapieaspekten tauscht sich die Rheumatologin bei Bedarf mit den Fachärzten des Rheumazentrums Nord aus (Befundbesprechung, Austausch). Die Häufigkeit des Austausches ist von der Schwierigkeit und Komplexität des Patientenfalls/ der Behandlungssituation abhängig. Ansonsten erfolgt die rheumatologische Versorgung streng an den Leitlinien orientiert.
- Fachärzte: Kardiologe, Nephrologe, Neurologe, Gastroenterologe, Pulmologe, Dermatologe, Orthopäde, Parodontologe, Diabetologe, etc.
- Angebote der physischen & psychologischen Schmerzbewältigung (Psychotherapeut, Psychologe, Physiotherapie), Rheumaliga
- Krankenhaus (Bildgebung)

Tabelle 4: Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Kardiologe	Arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, rheumatische Herzklappenentzündung, pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gefäßverengungen, etc.
Nephrologe	Niereninsuffizienz, sekundärer Hyperparathyreoidismus, Nephrolithiasis, Gicht, Raumforderungen, etc
Neurologe	Karpaltunnelsyndrom, Parästhesien, Polyneuropathien, Schwindeldiagnostik, cerebrale Gefäßentzündungen und -Verschlüsse, etc.
Pulmologe	Sarkoidose, Raumforderungen, Lymphknotenschwellungen, Pleuraerguss, Pneumonie, COPD, pulmonale Hypertonie. Tuberkulose
Diabetologe	Diabetes
Schmerztherapie	Schmerztherapie nach NSAR, Coxibe
Psychologische Fachrichtungen	Depression und Angststörungen, Bewältigung von Life Events, Verhaltenssteuerung, Complianceverbesserung, etc.

[Pfadkonzept Rheuma]

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Krankenhaus	Radiologie: Röntgen und Knochendichtemessung bei Osteoporose und Kortisongaben. selten erforderlich, nur bei Patienten mit verschiedenen akuten Erkrankungen gleichzeitig und wenn sie sehr eingeschränkt sind; Operationen zur Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten oder sehr komplexe Therapien.

Sind die folgenden 3 Kriterien erfüllt, kann meist von einer gesicherten Diagnose ausgegangen werden. Zu berücksichtigen ist, dass im Frühstadium diese Kriterien oft nicht vollständig erfüllt werden, aber dennoch das Ziel verfolgt wird, die Inflammation innerhalb von 12 bis 26 Wochen suffizient zu unterdrücken. Damit wird eine endgültige Diagnosesicherung oftmals nicht möglich sein und ergibt sich erst im weiteren klinischen Verlauf. Das primäre Ziel ist aber die Gelenkzerstörung als prognostisch limitierender Faktor zu verhindern.

1. Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis

- Frühe Diagnose: DAS 28 – Wert $\geq 2,6$ - $< 3,2$, wenn Erkrankung < 6 Monate besteht, erhöhte Entzündungsparameter
- Schub Diagnose: DAS 28 – Wert $> 3,2$ - $< 5,1$ (hohe Krankheitsaktivität $\geq 5,1$) , erhöhte Entzündungsparameter; Synovialitis, Erguss; Morgensteifigkeit über 30 min; BSG Erhöhung > 20 mg/l und/ oder CRP Erhöhung > 10 mg/l

2. Spondyloarthritis

- Frühe Diagnose: BASDAI – Wert von > 2 und Entzündung der WS und/oder SIG
- Schub Diagnose: BASDAI – Wert von $> 3,9$ oder erhöhte Entzündungsparameter; Rückenschmerz in der Nacht (VAS > 50 mm); neu aufgetretene periphere Arthritis

3. Polymyalgia rheumatica

- BSG > 40 mm/h (Sturzsenkung i.d.R) und/oder deutliche CRP Erhöhung. Schmerzen im Schulter-, Oberschenkel- und/oder Beckengürtelbereich, ausgeprägte Morgensteifigkeit (> 45 min).

Liegt keine gesicherte Diagnose vor, ist der Patient aus dem Pfad auszuschließen und der Ausschluss anhand eines Fragebogens zu dokumentieren (siehe Anhang). Die Leitlinien (Schneider et. al 2011; DGRh 2013; DGRh 2017; DGRh 2018) besagen, dass ein Rheumapatient innerhalb von 6 Monaten nach Symptombeginn eine adäquate Rheumabasistherapie erhalten soll (bei Polymyalgie Kortison; bei Bechterew und Psoriasis Arthritis erst NSAR/Coxibe sowie ggf. MTX; bei Rheumatoider Arthritis meist Kortison und MTX). Erhält ein Patient innerhalb von 6 Monaten keine Rheumatherapie ist er ebenfalls aus dem Pfad zu streichen, da davon ausgegangen werden kann, dass keine entzündliche Rheumaerkrankung vorliegt. Liegt zum Untersuchungszeitpunkt lediglich eine degenerative Veränderung (Arthrose) vor, kann diese durch den Hausarzt betreut werden. Wenn sich Symptome für eine entzündliche Rheumaerkrankung zu einem späteren Zeitpunkt

[Pfadkonzept Rheuma]

zeigen, kann eine Aufnahme in den Pfad erneut angedacht werden. Wird von einer gesicherten Diagnose ausgegangen soll die Medikation und Behandlung gemäß den S2 und S3 Leitlinien („Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“ S. 3-16, „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ S. 76-98, „Behandlung der Polymyalgia rheumatica“ S. 20-25) im Rahmen der Regelversorgung bedarfsgerecht erfolgen.

Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung ist dem Patienten der Rheumapass (Link siehe Anhang) auszuhändigen und mit ihm ein individueller, bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmenplan zum Erreichen von festgelegten Therapiezielen (angelehnt an die Zielstellung des Pfades) zu erstellen.

6.2.2. Erstellung eines individuellen, bedarfsgerechten therapeutischen Maßnahmenplans

Ziel des SÜ BHPF Rheuma ist es, neben der leitliniengerechten Therapie, den Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. D.h., durch ergänzende Angebote soll eine Stärkung der Handlungskompetenz ermöglicht werden. Die hierfür notwendige Bereitschaft des Patienten an einer aktiven Mitwirkung muss gegeben sein. Hierbei liegt der Fokus insbesondere auf der Sekundärprävention (Verhinderung weiterer Komorbiditäten), der Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit, dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie der Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten durch Beratung, Information und Motivation zur Initiierung dieser Maßnahmen. Die Beratung und Information des Patienten zu möglichen Angeboten im Rahmen des Behandlungspfades sowie die Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans erfolgt nach Diagnosesicherung in einem 40 min andauernden Termin. Der Therapie- und Maßnahmenplan wird im Rahmen der Verlaufskontrolle bei Bedarf angepasst.

Die Informations- & Beratungsleistung sowie weitere Empfehlungen zur Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient) soll umfassen:

Tabelle 5: Informations- & Beratungsleistung beim Rheumatologen

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
Information des Patienten zu regionalen Angeboten im Bereich Bewegung & Sport ➤ Ausgabe bzw. Auslage von Kursangeboten der KVHS ➤ Information über und Weiterleitung des Patienten an das KBZ für weiterführende Informationen & Angebote in Templin	Unterstützung und Beratung des Patienten durch eine agn^{zwei}-Fachkraft mit folgenden Aufgabenschwerpunkten: • Beratung und Betreuung • Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment) • Koordination, Planung der Termine	Empfehlung von Physiotherapie/ Massage/ Krankengymnastik-Optionen • Angebote am Sana-KH • Progressive Muskelrelaxation • Angebote der Naturtherme Templin: ○ Thermalsolebäder, Bewegungstherapie

[Pfadkonzept Rheuma]

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
	- Fallbesprechung - Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit - Informationsmanagement - Einbindung von Rentenversicherungsträgern: Vermeidung Frühberentung, Förderung Erhalt Arbeitsplatz (der beruflichen Rehabilitation durch den Rententräger und die Information & Hilfestellung bei der Beschaffung geeigneter Arbeitsplatzausstattungen, sowie Klärung offener Fragen mit den Arbeitgebern) - Die Beratung kann im KBZ, bei der Rheumatologin, beim Patienten zuhause oder im „Rheuma-Café“ erfolgen	- Krankengymnastik, klassische Massagen, Packungen - Wärme/Kälte-Therapie, Elektrobehandlung mit diversen Stromformen - Massage mit Biofeedback (Massagestuhl (Brainlight)) in der rheumatologischen Praxis
Information und Motivation des Patienten zur Partizipation am „Rheuma-Café“ einer Begegnungsstätte für Rheumapatienten Das „Rheuma-Café“ ist eine Begegnungsstätte ist ein Ort zum Austausch unter Rheumapatienten zur Förderung der sozialen Aktivität/ Interaktion und Gemeinschaft, sowie zur Weiterbildung & Schulung zur Stärkung der Selbstwirksamkeit. - Leitung: Rheuma-Liga & engagierte Patienten - Wo? Raum im KBZ - Ziel: Depressive Episoden durch soziale Isolation sollen vermieden werden. Patienten sollen in ihrem Selbstwirksamkeitsma-	Ernährungsberatung - Leitung: kooperativ durch Ernährungsberater & Rheumatologin (ebenfalls als Ernährungsberaterin ausgebildet) - Wo? In der rheumatologischen Praxis; im KBZ - Beratungsleistung umfasst 3 Sitzungen á 45min, spezifisch anhand des Krankheitsbildes - Kosten: 150€/ Patient	Spezifische Bewegungsangebote für Rheumapatienten Tanzen speziell für Rheumapatienten: - Leitung: Tanztrainer (MFA bzw. bald RFA der Templiner Rheumatologin) - Wo? Räumlichkeit oberhalb der Praxis im Fitnessstudio 2x monatlich á max. 10 Teilnehmer, 45min - Kosten: 10€/Patient - Ziel: Stärkung Körper- und Selbstwahrnehmung; Spaß an Bewegung erlangen, Schmerzen durch Bewegung verringern, Sturzprophylaxe und Stärkung der Muskulatur Sportlich funktionelle Bewe-

[Pfadkonzept Rheuma]

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
nagement gestärkt werden. • Es soll regelmäßig in Eigenregie organisiert Schulungsangebote geben, organisiert/unterstützt über die Rheuma-Liga oder ehrenamtliche Patienten: Schulungsangebote mit Unterstützung der DGRh, Rheuma-Liga, sowie obligate STRUPI Schulungen (Modul 1-3) durch die Rheumatologin, Angebote über die Krankenkassen? • Frequenz: 1x/Monat á 10-15 Teilnehmer		gung speziell für Rheumapatienten • Leitung: MFA (bzw. bald RFA) der Templiner Rheumatologin bzw. Leiter des Fitnessstudios • Wo? Räumlichkeit oberhalb der Praxis im Fitnessstudio • 2x monatlich á max. 10 Teilnehmer, 45min • Kosten: 8-10€/Patient • Ziel: Stärkung Körper- und Selbstwahrnehmung; Spaß an Bewegung erlangen, Schmerzen durch Bewegung verringern, Sturzprophylaxe & Stärkung der Muskulatur

Zusätzlich zur Diagnostik und der Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans ist durch die Rheumatologin die Krankheitsaktivität und Körperfunktion des Patienten anhand von erkrankungsspezifischen Fragebögen (z.B. BASDAI, DAS28, ASDAS, VAS oder HAQ, PASI, BVAS, etc. s. Anhang) bei Erstvorstellung und während der Verlaufskontrollen zu erfragen und digital im Assessmentbogen zu dokumentieren.

Der Patient wird zudem erstmalig gebeten den standardisierten Patientenfragebogen (mit den Parametern: Gesundheitskompetenz (HLS-Fragebogen), Lebensqualität (EQ-5D-Fragebogen, VAS), Depression und Ängstlichkeit (PHQ-9-Fragebogen), Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung, soziodemographische Daten) zu Evaluationszwecken auszufüllen. Weitere Informationen können dem Evaluationskonzept entnommen werden.

6.3. Phase III: Regelmäßige Verlaufskontrollen beim Rheumatologen und Hausarzt

Die Verlaufskontrollen erfolgen gleichzeitig sowohl beim Hausarzt als auch bei der Rheumatologin.

- Beim Hausarzt (alle 4 Wochen):
 - tritt ein akuter Schub im weiteren Erkrankungsverlauf auf, ist eine Kortisontherapie zu beginnen, sowie einen Beitrag zur Osteoporoseprävention zu leisten
 - ab dem 50. Lebensjahr: Durchführung eine Vitamin D Prophylaxe, DXA alle 5 Jahre, sowie Motivation des Patienten zum Muskeltraining
 - bei neu auftretenden Krankheitsschüben, mehrtäglich andauernder Verschlechterung des Zustandes, neu aufgetretene Entzündungszeichen, gravierender Ne-

[Pfadkonzept Rheuma]

benwirkungen der bestehenden antirheumatischen Therapie ist der Patient an die Rheumatologin zu überweisen.

- entsprechende Befunde sind berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung zu integrieren und zu dokumentieren

➤ Kontrolle alle 3 Monate bei der Rheumatologin:

- regelmäßige Laborkontrolle nach 32023
- Welche Maßnahmen und Therapien wurden in Anspruch genommen, ggf. Anpassung des Maßnahmenplanes
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit?
- Erfolgskontrolle alle 3 Monate anhand von erkrankungsspezifischen Fragebögen
- Die Dokumentation erfolgt über den Assessmentbogen Rheuma (s. Anhang) berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung

Konnten die Therapieziele nicht erreicht werden, wird die Medikation und der therapeutische Maßnahmenplan erneut angepasst. Wurden die Therapieziele erreicht, soll der Patient animiert werden, weiterhin an Maßnahmen zur Steigerung seiner Funktions- & Bewegungsfähigkeit, Gesundheitskompetenz festzuhalten und diese weiter fortzuführen.

Der Interventionszeitraum des SÜ-BHPF umfasst 12 Monate.

Für das Pfadschema ergeben sich folgende Messzeitpunkte (vertiefende Informationen sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen):

Tabelle 6: Messzeitpunkte im SÜ-Pfad

Messzeitpunkt	Inhalt	Beteiligter Akteur
t ₀ – Prozessstart (und in den ersten drei Monaten)	• Screening • Überleitung zum Rheumatologen • Patientenfragebogen	• Hausarzt • Rheumatologe
t ₁ – nach 3 Monaten	• Verlaufskontrolle 1	• Rheumatologe
t ₂ – nach 6 Monaten	• Verlaufskontrolle 2	• Rheumatologe
t ₃ – nach 9 Monaten	• Verlaufskontrolle 3	• Rheumatologe
t ₄ – Projektende – nach 12 Monaten	• Verlaufskontrolle 4 • Patientenfragebogen	• Rheumatologe
Kontinuierlich	• Fallkonferenzen	• Hausarzt • Rheumatologe • agnes^{zwei}-Fachkraft • weitere Akteure (Erährungsberatung, Tanz/Sporttrainer)
Quartalsweise	• Qualitätszirkel	• Hausarzt • Rheumatologe

[Pfadkonzept Rheuma]

Der SÜ-BHPF Rheuma ist mit der Einführung ein obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von rheumatischen Patienten im MB Templin. Der Pfad umfasst den kompletten Versorgungszeitraum eines Patienten ab der Diagnosestellung.

7. Qualitätssicherung

Anhand folgender Parameter soll die Qualitätssicherung im Bereich der versorgungswirksamen Leistungen sichergestellt werden:

- Praxisbetreuung (Schulung, Unterstützung beim Unterlagenmanagement)
- Leitliniengetreue Behandlung und Therapie
- Gezielte Steuerung und Koordinierung des Patienten durch den Pfad
- Regelmäßige Qualitätszirkel (Thematisch sollten regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Angestellte zu rheumatischen Erkrankungsbildern erfolgen (insbesondere Schulung der Hausärzte über die rheumatischen Indikationen und deren Behandlung, Basistherapien, sowie die unterstützenden Behandlung von Komorbiditäten)
- Fallkonferenzen

QISA-Indikatoren

Die Maßnahmen und Ergebnisse des regionalen Versorgungsmodells (einschließlich dem entwickelten SÜ-BHPF Rheuma) können in Bezug auf die Versorgungsqualität anhand der QISA-Indikatoren abgebildet werden (siehe Anhang). Dies erfolgt im Rahmen der Evaluation.

8. Leistungsbestandteile

Die beschriebenen Leistungsinhalte werden einerseits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet. Andererseits erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen eine Vergütung aus den Fördermitteln. Grundsätzlich besteht vorrangig das Ziel, die erarbeiteten Leistungsinhalte des Pfades über den Projektzeitraum hinaus zu finanzieren bzw. dass das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann. Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

Tabelle 7: Leistungsbestandteile

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
Einschreibepauschale	Gemäß Anlage Rahmenvereinbarung			15€ 1x im Interventionszeitraum
Patientenscreening	Hausarzt	Erfassung der medizinischen Daten, Laborbefunde	Erfassung der medizinischen Kriterien & Erstberatung und Aufklärung	15€ 1x im Interventionszeitraum

[Pfadkonzept Rheuma]

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
Assessment (Erstvorstellung)	Rheumatologe	Anamnese, Erfassung der medizinischen Daten, Laborbefunde	Dokumentation im Assessmentbogen Patientenfragebogen	15€ 1x im Interventionszeitraum
Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient)/ Anpassungen	Rheumatologe	Empfehlung & Verschreibung von Physiotherapie, Massage, Krankengymnastik -medikamentöse Therapie	a.Beratungs- & Informationsleistung beim Rheumatologen b. Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient)	30€/Patient
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle I)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan	5€ 1x im Interventionszeitraum
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle II)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan	5€ 1x im Interventionszeitraum
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle III)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan Patientenfragebogen Abschlussgespräch	10€ 1x im Interventionszeitraum
Spezifische Bewegungsangebote für Rheumapatienten	Tanztrainerin, (Fittnesstrainer)		Durchführung der Bewegungsangebote	10€/Patient 6x im Interventionszeitraum
	Tanztrainerin, Fittnesstrainer	-	Durchführung der Bewegungsangebote	10€/Patient 6x im Interventionszeitraum
Ernährungsberatung	Rheumatolo-		Beratungsleistung	150€/

[Pfadkonzept Rheuma]

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
	gin+ Ernährungsberater			Patient 3x im Interventionszeitraum
agnes ^{zwei} -Fachkraft	Gemäß Anlage Rahmenvereinbarung			-
Fallkonferenzen/ Qualitätszirkel	Hausarzt, Rheumatologe, agnes ^{zwei} - Fachkraft		Qualitätssicherung	I.B.

9. Evaluation

- Mit den beschriebenen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden: Inanspruchnahmeverhalten (Senkung ASK-Fälle)
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit (BASDAI, HAQ, VAS)
- Reduktion von Komorbiditäten
- Gezielte Steuerung des Patienten (Zeitraum der Überweisung)
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten
- Inanspruchnahmeverhalten der Bewegungsangebote und Begegnungsstätte
- Gesundheitsökonomische Betrachtung

Weitere Details sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen.

[Pfadkonzept Rheuma]

Literaturverzeichnis

Berlin-Brandenburg (2018) Daten und Fakten zur Hauptstadtregion. Herausgegeben von Der regierende Bürgermeister von Berlin. URL: <https://www.berlin-brandenburg.de/metropolregion/daten-und-fakten/> Zugegriffen: 24.04.2018

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie KV (2008) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie-Update 2016

DGRh (2013) Langfassung zur S3 Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/003, Entwicklungsstufe: S3, Version: November 2013.

DGRh (2016) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie- Update 2016. https://dgrh.de/dam/jcr:a5d3d1bb-0048-483a-a98c-26d85397fa23/Memorandum_DgRh2017.pdf Zugegriffen: 12.08.2018

DGRh (2017) S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/006, Entwicklungsstufe: S3, Version: Dezember 2017.

DGRh (2018) S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060-004, Entwicklungsstufe: S2e, Version: April 2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012) Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1522/BPL-RL_2017-11-17_iK-2018-01-01.pdf Zugegriffen: 25.04.2018

ISG 2012 Die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen- ein Leitfaden. <http://www.severam.de/wp-content/uploads/2012/03/Leitlinien-Fallkonferenz.pdf> Zugegriffen: 12.09.2018

KVBB (2018) Leitlinien für die Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/qualitaet/qualitaetszirkel/2018-04-01_qz-leitlinien_.pdf Zugegriffen: 12.09.2018

Lassiwe B (2013) Lange Wartezeiten und kaum Spezialisten für Rheumapatienten In: Lausitzer Rundschau 17.10.2013. <http://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/Lange-Wartezeiten-und-kaum-Spezialisten-fuer-Rheumapatienten;art25,4360779> Zugegriffen: 24.04.2018

Liao KP, Karlson EW (2015) Classification and epidemiology of rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) Rheumatology (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Kapitel 83, S. 691-697

Rey M (2016) In Brandenburg sind Ärzte älter als anderswo. In: Märkische Allgemeine Zeitung, 19.11.2016. <http://www.maz-online.de/Brandenburg/In-Brandenburg-sind-Aerzte-aelter-als-anderswo> Zugegriffen: 25.04.2018

[Pfadkonzept Rheuma]

Schaeffer, et al. (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> Zugegriffen: 03.05.2018

Schneider M, Lelgemann M, Abholz H-H et al. (2011) Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis. 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Symmons D (2013) Epidemiology and the rheumatic diseases. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): Oxford Textbook of Rheumatology (4 ed.), Oxford University Press, Kapitel 27

Woll A, Bös K (2004) Wirkung von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, S.1-10.

Zink A, Minden K, List SM (2010) Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Robert Koch-Institut [Hrsg.] Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 49, Berlin.

[Pfadkonzept Rheuma]

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ap	anterior-posterior
AU	Arbeitsunfähigkeit
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit
BWS	Brustwirbelsäule
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computer Tomographie
DAS-28	Disease Activity Score 28
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.v.
dv	dorsovolar
Ebd.	ebenda
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
e.v.	eingetragener Verein
FA	Facharzt
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HA	Hausarzt
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HLA-B27	Human Leukocyte Antigen-B
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGiB	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg
KBZ	Koordinierungs- & Beratungszentrum
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KVHS	Kreisvolkshochschule Uckermark
LWS	Lendenwirbelsäule
MB	Mittelbereich
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r
PsA	Psoriasisarthritis
RF	Rheumafaktor
RFA	Rheumatologische/-r Fachangestellte/-r
RheumaVor	Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation
RSV	Rheumastrukturvertrag
SLE	Systemischer Lupus erythematodes
StärkeR	Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma
STRUPI	strukturierte Patienteninformation
SÜ-BHPF	Sektorenübergreifender Behandlungspfad
TP	Teilprojekt
VAS	Visuelle Analogskala
VERho	Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren

[Pfadkonzept Rheuma]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Patienten mit Top 5 Diagnosen im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)	7
Abbildung 2: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	9
Abbildung 3: Pfadschema Rheuma	14
Abbildung 4: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	35
Abbildung 5: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	35
Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	36
Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	8
Tabelle 2: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	9
Tabelle 3: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	10
Tabelle 4: Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen	18
Tabelle 5: Informations- & Beratungsleistung beim Rheumatologen	20
Tabelle 6: Messzeitpunkte im SÜ-Pfad	23
Tabelle 7: Leistungsbestandteile	24
Tabelle 8: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)	37
Tabelle 9: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)	38

Anhang

IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma

Eigene Ärzte mit Praxisstz im Mittelbereich Templin

hier: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Geschlecht	Altersgruppe	M05	M06	M32	M34	M13.0	M45.0-	M 46.1	M 46.8-	L40.5	M07.2	M08.1-	M30.1	M31.3	M31.4	M31.5	M31.6	M31.7	M35.3
männlich	0 bis 18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	19 bis 30	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	31 bis 40	0	6	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	41 bis 50	3	6	0	0	2	12	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	51 bis 60	9	38	0	0	3	22	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	61 bis 70	2	37	1	0	3	18	2	0	14	0	0	0	1	0	2	1	0	7
	71 bis 80	9	47	0	1	6	13	1	1	9	0	0	0	1	0	3	3	0	14
	81 bis 90	3	29	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0	12
	über 90	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		26	169	1	1	15	79	5	1	44	0	1	1	4	0	5	7	0	37
weiblich	19 bis 30	2	9	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	31 bis 40	1	21	1	2	4	8	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	41 bis 50	6	42	1	2	2	15	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	51 bis 60	18	96	1	2	13	22	2	0	24	0	0	2	1	0	0	0	0	13
	61 bis 70	15	86	1	2	13	9	1	0	17	1	0	0	1	1	2	1	0	14
	71 bis 80	12	101	1	3	9	4	1	0	6	1	0	0	3	0	5	5	1	38
	81 bis 90	12	54	1	0	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	19
	über 90	1	6	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		67	415	6	11	49	61	11	0	60	2	1	3	5	1	7	7	1	87

[Pfadkonzept Rheuma]

IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma

Eigene Ärzte mit Praxissitz im Mittelbereich Templin

hier: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Arztgruppe	M05	M06	M3 2	M3 4	M13. 0	M45.0 -	M46. 1	M46.8 -	L40. 5	M07. 2	M08.1 -	M30. 1	M31. 3	M31. 4	M31. 5	M31. 6	M31. 7	M35. 3
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	34	0	2	0	5	0	0	6	0	0	0	1	0	1	0	0	4
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	25	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	23	0	1	8	3	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	13	10	0	1	0	5	0	0	10	0	1	0	2	0	0	0	0	8
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	3	23	0	0	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	23	0	0	0	7	0	0	2	0	1	0	1	0	4	2	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	37	1	0	0	6	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	15
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	45	1	0	0	8	1	0	5	0	0	1	0	0	0	1	0	18
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	6	21	0	0	1	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	11	52	0	0	2	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	35	1	0	1	5	0	0	10	0	0	0	1	0	0	0	0	10
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	22	25	1	0	12	8	0	1	3	0	0	1	0	0	4	4	0	18
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	1	14	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	8
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	40	0	1	7	4	0	0	9	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	19	0	0	6	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	3	47	0	4	13	7	2	0	10	0	0	0	0	0	1	0	0	9
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	1	6	0	0	0	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Anästhesiologie	0	12	0	1	3	4	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7

[Pfadkonzept Rheuma]

Arztgruppe	M05	M06	M3 2	M3 4	M13. 0	M45.0 -	M46. 1	M46.8 -	L40. 5	M07. 2	M08.1 -	M30. 1	M31. 3	M31. 4	M31. 5	M31. 6	M31. 7	M35. 3
Augenheilkunde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
Augenheilkunde	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie	0	10	0	0	1	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frauenheilkunde	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frauenheilkunde	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hämatologie / Onkologie	1	26	1	1	2	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2
HNO	0	9	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
Kardiologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Nervenheilkunde	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Orthopädie	3	7	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Orthopädie	0	7	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Orthopädie	2	12	0	1	2	16	1	0	12	0	0	1	2	0	1	2	0	3
Pneumologie	0	27	0	1	0	5	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	7
Rheumatologie	29	169	3	4	5	56	2	0	26	2	0	2	2	0	3	1	0	22
Urologie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

[Pfadkonzept Rheuma]

IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma

Eigene Ärzte mit Praxissitz im Mittelbereich Templin

hier: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Wohnort des Patienten	Anzahl Patienten	M 05	M 06	M 32	M 34	M 13.0	M 45.0-	M 46.1	M 46.8-	L 40.5	M 07.2	M 08.1-	M 30.1	M 31.3	M 31.4	M 31.5	M 31.6	M 31.7	M 35.3
Mittelbereich Templin	863	79	50 1	6	9	60	107	14	1	78	2	2	4	7	1	12	11	1	1 13
Bereich KVBB ohne MB Templin	143	13	72	1	3	4	30	1	0	21	0	0	0	0	0	0	3	0	9
andere KV-Bereiche	23	1	11	0	0	0	3	1	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	2
gesamt	1.029	93	584	7	12	64	140	16	1	104	2	2	4	9	1	12	14	1	124

1. Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 Diagnose und bestimmten Begleit-/und Folgeerkrankungen

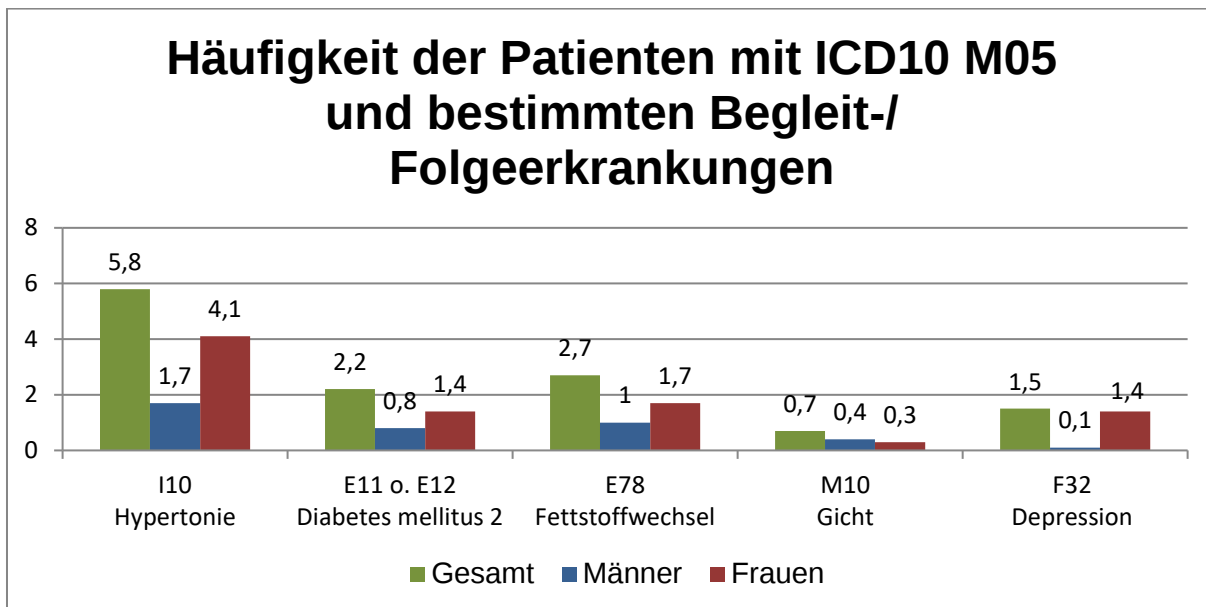


Abbildung 4: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

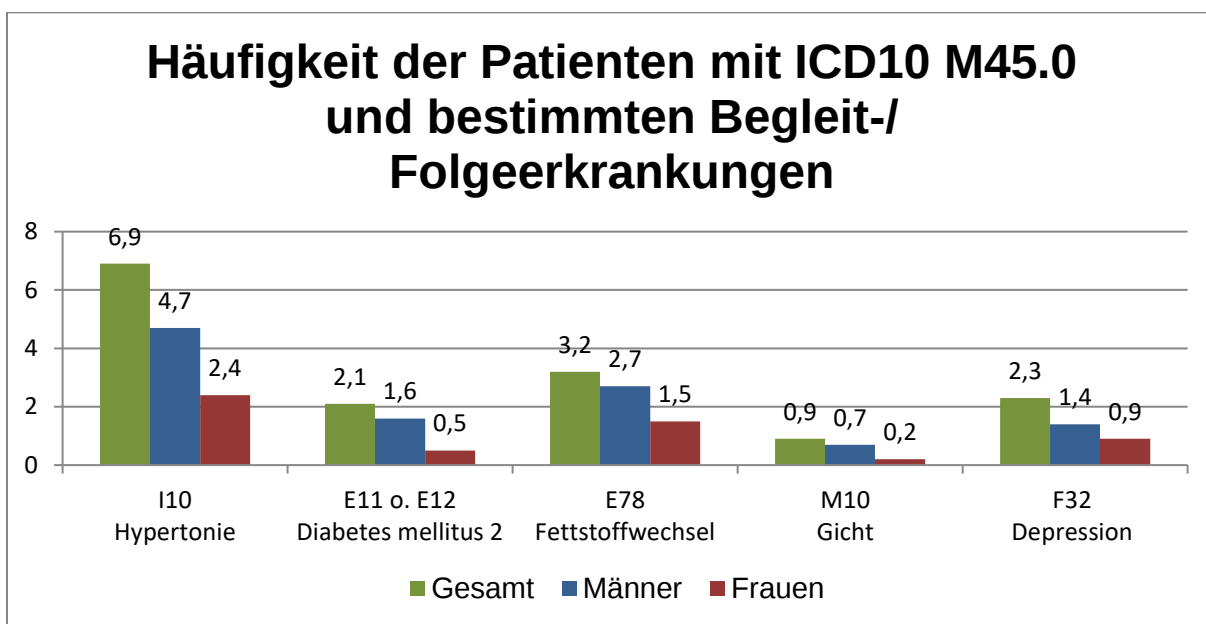


Abbildung 5: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Rheuma]

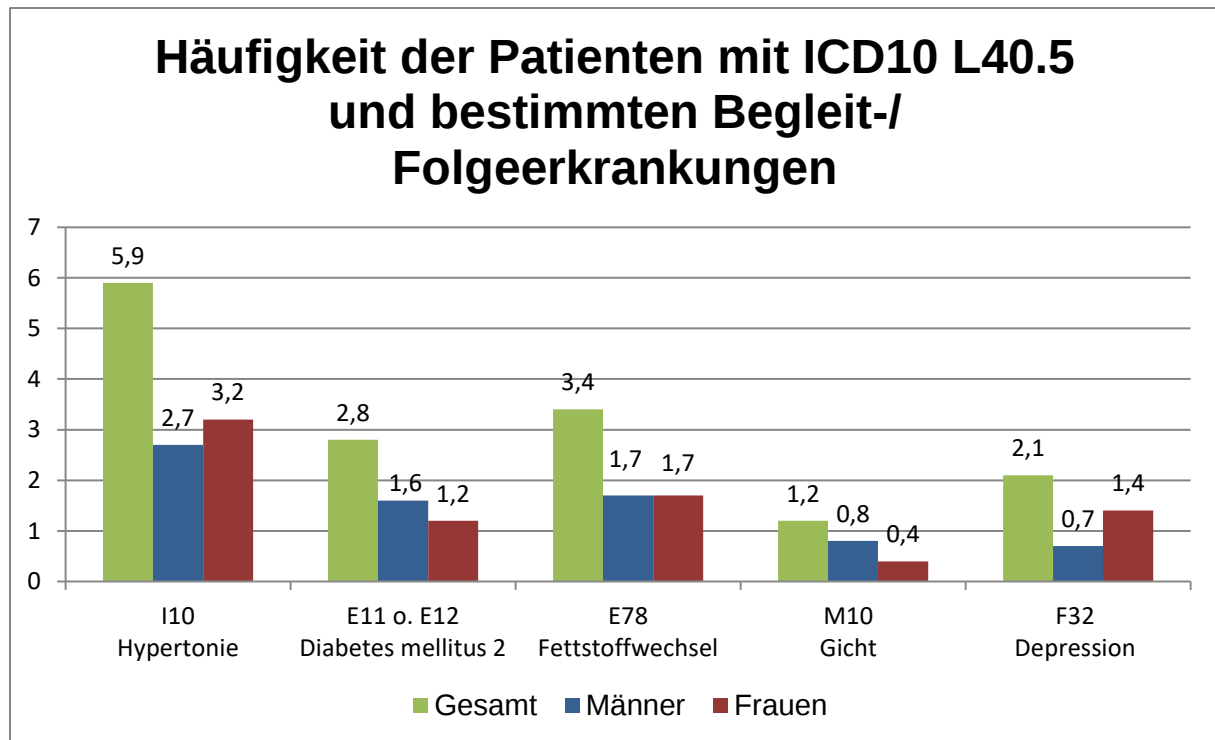


Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

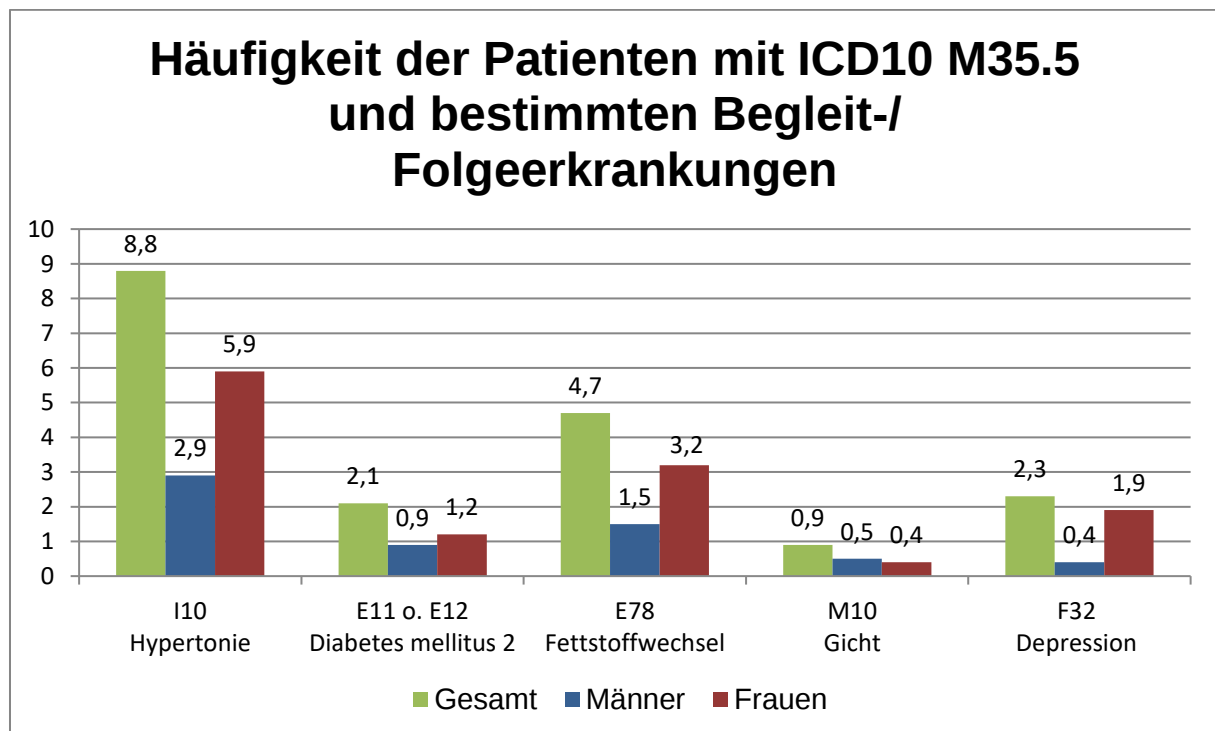


Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Rheuma]

2. Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin

Tabelle 8: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)

Einrichtung	Inhaber	Adresse
Physiotherapiepraxis	Sabine Seidler	Dargersdorfer Str. 13a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Martina Zebitz	Postheim 25 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Krankengymnastik	Dörte Ludwig	Lychener Str. 8 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Tina Wodtke	Mühlenstr. 23a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Christina Marx	Friedrich-Engelsstr. 15 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Massagepraxis	Tom Karten Renate	Elsternest 22 17268 Templin
Physiotherapiepraxis HT	Manuela Tietz Petra Harms	Lychener Str. 58/60 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Moritz Heike Gerlach	Obere Mühlenstr. 10a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Kerstin Wacker Simone Harms	Bahnhofstr. 24 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Matthies	Annenwalder Weg 2a 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Naturtherme Templin	Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Am Senioren Landsitz Herr Lambrecht	Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Physiotherapie	Kerstin Repkow/Wacker	Stargader Str. 4a 17279 Lychen
Physiotherapie Massagepraxis	Grit Schäfer	Seestr. 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Ingrid Haase	Templiner Str. 9 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Karola Neumann	Großfedenwalder Weg 1 17268 Gerswalde

[Pfadkonzept Rheuma]

3. Übersicht Gesundheitssportangebote

Tabelle 9: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)

Angebot	Anbieter	
Senioren-sport	Templiner Seniorenklub e.V.	
Reha-Sport	- Fitnessclub Life Style (Templin) - Pegasus vital & gesund (Templin) - Fitnessclub Alte Mühle (Templin) - Rehavalisplus e.V. Fit und Fun (Zehdenick)	
Herzsport	SV Blau-Weiß Röddelin (Templin-Röddelin)	
Gedächtnis- und Bewegungstraining	Templiner Seniorenklub e.V. (Templin)	
Präventionskurse	Kursart	Anbieter
Bewegung	Aquagymnastik/Wassergymnastik	NaturThermeTemplin Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
	Die neue Rückenschule	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Grundkurs „Neue Rückenschule“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Neue Rückenschule nach KDDR	Physio Pröhl Herrensteimer Weg 4a 17268 Gerswalde
	Nordic Walking – Kraft und Energie durch Bewegung	Ulrike Pilz Obere Mühlenstraße 3 17268 Templin
	Präventionskurs Aquafitness	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
	Wassergymnastik	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Ernährung	Keine bestehende Angebote	
Entspannung und Stressbewältigung	Progressive Muskelrelaxation „Mit Entspannung zum Wohlbefinden“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin

[Pfadkonzept Rheuma]

Weitere Gesundheitssportangebote gibt es zudem vom Landessportbund Brandenburg e.V.:

Erkrankung	Sportstätte	Verein, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail	Zielgruppe	Aqua
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	Musik-Templiner Rhythmus- und Gymnastik e.V. Sigrid Finck ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulrike Pilz ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Friedrich-Engels-Straße 15	rsnb e.V. Arne Roßberg ☎ 03987/4943100 ➡ info@rsnb.de	Erwachsene	
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 123	H(erz) SV Buchheide e.V. Julia Schülke ☎ 03987/707520 ➡ post@physio-landsitz.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulla Sorge ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Seestraße 2	SV Blau-Weiß Röddelin/Templin Renate Zöllner ☎ 03987/200239 ➡ sportvereinroeddelin@web.de	Erwachsene	
 	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V. Sigrid Finck ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	

Die Angebote der KVHS zu den Themen:

- **Entspannung - Stressbewältigung**
- **Bewegung - Fitness - Körpererfahrung**
- **Prävention - Krankheit - Gesundheit**
- **Yoga**
- **Gesunde Ernährung - Essen und Trinken**

<http://www.kvhs-uckermark.de/index.php?id=59>

[Pfadkonzept Rheuma]

4. Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Kardiologe	Arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, rheumatische Herzklappenentzündung, pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gefäßverengungen, etc.
Nephrologe	Niereninsuffizienz, sekundärer Hyperparathyreoidismus, Nephrolithiasis, Gicht, Raumforderungen, etc
Neurologe	Karpaltunnelsyndrom, Parästhesien, Polyneuropathien, Schwindeldiagnostik, cerebrale Gefäßentzündungen und -Verschlüsse, etc.
Pulmologe	Sarkoidose, Raumforderungen, Lymphknotenschwellungen, Pleuraerguss, Pneumonie, COPD, pulmonale Hypertonie. Tuberkulose
Gastroenterologe	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Zöliakie, Raumforderungen, Entzündungen, Gastritis, Reflux
Dermatologe	Psoriasis, Erytheme, Exantheme, Nagelveränderungen
Orthopäde	Degenerative Veränderungen, Operationsindikationen, Fehllagen, etc.
Parodontologe	Parodontitis, andere entzündliche Veränderungen (z.B. entzündliche Zyste im Oberkiefer, deren Entfernung zum Verschwinden der Entzündungswerte und Gelenksbeschwerden führen kann). Abklärung von Symptomen, die Rheuma triggern oder imitieren (z.B. aggressive Keime im Mund, wie Porphyromonas gingivalis, dieser ist in Gelenken zu finden, führt zu Zahnverlust und kann Rheuma auslösen)
Diabetologe	Diabetes
Onkologe	Krebs aller Art, häufig Lungen CA, Mamma CA, Prostata CA, Lymphome
Radiologe	Röntgen und Knochendichtemessung bei Osteoporose und Kortisongaben
Nuklearmedizin	Szintigraphie und RSO bei Monarthritiden
Augenheilkunde	Augenentzündungen, Folgen durch die Therapie, Durchblutungsstörungen

[Pfadkonzept Rheuma]

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
	tungsstörungen
Schmerztherapie	Schmerztherapie nach NSAR, Coxibe
Physiotherapie/ Ergotherapie/ Reha/Sportmedizin/ Präventionsmedizin	Sekundärprävention von Funktionseinschränkungen, Osteoporose, andere Folgen der entzündlichen Erkrankung am Skelettsystem
Psychologische Fachrichtungen	Depression und Angststörungen, Bewältigung von Life Events, Verhaltenssteuerung, Complianceverbesserung, etc.
Krankenhaus	selten erforderlich, nur bei Patienten mit verschiedenen akuten Erkrankungen gleichzeitig und wenn sie sehr eingeschränkt sind; Operationen zur Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten oder sehr komplexe Therapien.

[Pfadkonzept Rheuma]

5. Übersicht Erhebungs-/Dokumentationsbögen

BASDAI

Maß für die Krankheitsaktivität bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)

Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:

- 1 Wie ausgeprägt war Ihre Müdigkeit und Erschöpfung in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?**

keine Müdigkeit/
Erschöpfung
totale Müdigkeit/
Erschöpfung

Auswertung
durch den Arzt
- 2 Wie ausgeprägt waren Ihre durch den Morbus Bechterew bedingten Nacken-, Rücken- oder Hüft-schmerzen in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?**

keine Schmerzen
unerträgliche Schmerzen
- 3 Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen/ Schwellungen in anderen Gelenken in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?**

keine Schmerzen
unerträgliche Schmerzen
- 4 Wie ausgeprägt waren Ihre Beschwerden in den Bereichen, die bei Berührung oder Druck empfindlich reagiert haben, in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?**

keine Beschwerden
unerträgliche Beschwerden
- 5 Wie ausgeprägt war die Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?**

keine Morgensteifigkeit
extreme Morgensteifigkeit
- 6 Wie viele Stunden dauerte die Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen in den vergangenen 7 Tagen im Durchschnitt an?**

BASDAI =

BASDAI = (Summe aus Fragen 1 bis 4 plus Mittelwert aus Fragen 5 und 6)
dividiert durch 5

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVMB@bechterew.de

[Pfadkonzept Rheuma]

BASFI
Maß für Funktions-Einschränkungen
bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)

DVMB

Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:

_____ X _____

Können Sie

- ① ohne Hilfe und Hilfsmittel (z.B. Strumpfanzieher) Socken oder Strümpfe anziehen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

Auswertung
durch den Arzt

☐

- ② ohne Hilfe von der Hüfte aus nach vorn beugen, um einen Kugelschreiber vom Boden aufzuheben?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ③ ohne Hilfsmittel (z.B. Greifzange) etwas von einem hohen Regal herunternehmen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ④ von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen, ohne dabei die Hände oder eine andere Hilfe zu benutzen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑤ ohne Hilfe vom Boden aufstehen, wenn Sie auf dem Rücken liegen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑥ ohne Schmerzen 10 Minuten stehen, ohne sich anzulehnen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑦ ohne Benutzung eines Geländers oder von Gehhilfen 12–15 Treppenstufen steigen, 1 Schritt pro Stufe?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑧ über die Schulter schauen, ohne den Körper zu drehen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑨ körperlich anstrengende Tätigkeiten verrichten (z.B. krankengymnastische Übungen, Gartenarbeit oder Sport)?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

- ⑩ zuhause oder bei der Arbeit den ganzen Tag aktiv sein?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

☐

BASFI =

(Summe aus Fragen 1 bis 10
dividiert durch 10)

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVMB@bechterew.de

BAS-G

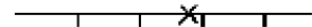
Maß für den allgemeinen Gesundheitszustand
bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)



Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:



- ① Welche Auswirkung hatte die Krankheit auf Ihr Wohlbefinden während der vergangenen 7 Tage?

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

Auswertung
durch den Arzt

- ② Welche Auswirkung hatte die Krankheit auf Ihr Wohlbefinden während der vergangenen 6 Monate?

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

BAS-G =
(Mittelwert aus Frage 1 und 2)

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVMB@bechterew.de

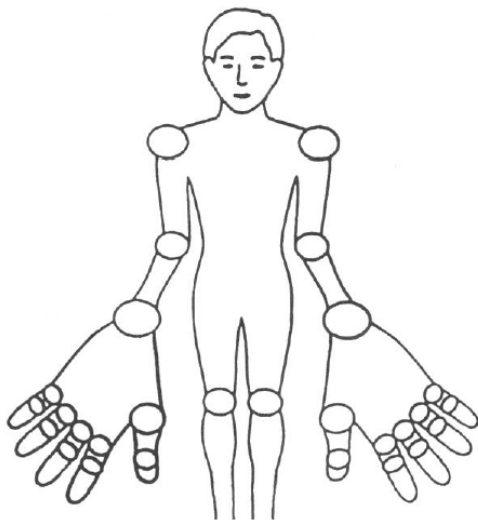
[Pfadkonzept Rheuma]

Disease Activity Score (DAS 28)

Datum: _____

Patientenaufkleber:

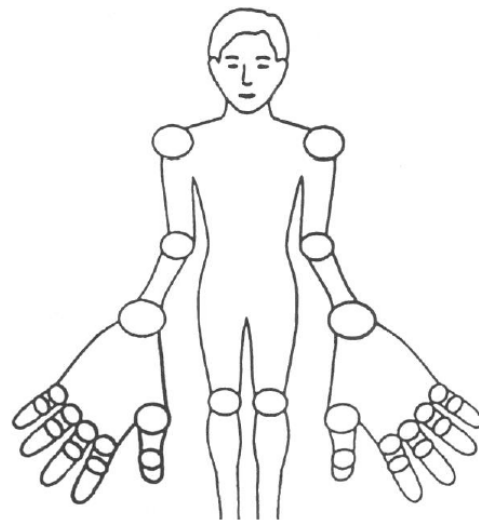
Druckschmerzhaftes Gelenke



1. Anzahl schmerzhafter Gelenke:

--	--

Geschwollene Gelenke



2. Anzahl geschwollener Gelenke:

--	--

3. BSG (mm/h):

--	--	--

oder CRP (mg/l):

--	--	--

4. Patientenurteil zur Krankheitsaktivität

Wie aktiv ist Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen?

keine Aktivität 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 stärkst mögliche Aktivität

DAS 28:

--

Krankheitsaktivität: < 2,6: klinische Remission
≥ 2,6 bis < 3,2: niedrige Krankheitsaktivität
3,2 bis < 5,1: moderate Krankheitsaktivität
≥ 5,1: hohe Krankheitsaktivität

[Pfadkonzept Rheuma]

Visuelle Analogskala (VAS)

kein Schmerzschlimmster vorstellbarer Schmerz

Numerische Rating-Skala (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

kein Schmerzschlimmster vorstellbarer Schmerz

Verbale Rating-Skala
„Wie intensiv empfinden Sie Ihren gegenwärtigen Schmerz?“

	kein Schmerz
	milder Schmerz
	mäßiger Schmerz
	ernster/starker Schmerz
	schlimmstmöglicher Schmerz

Rheumapass:

http://www.rheumali-ga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Multiplikatoren/C71_Rheuma_Pass.pdf

ASAS (The Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score):

<https://www.asas-group.org/clinical-instruments/asdas-calculator/>



Nationaler Messplan Rehabilitation

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Patientenname / Fallidentifikationsnummer (FID) / Barcode:

Erhebungszeitpunkt:

¹ ☐ Eintritt ² ☐ Austritt

Erhebungsdatum:

_____ . _____ . _____

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch ihre Krankheit.

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen beschreibt.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Ankleiden und Körperpflege

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
1. Können Sie sich selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Können Sie ihre Haare waschen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Aufstehen

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
3. Können Sie von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Können Sie ins Bett gehen und aufstehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

[Pfadkonzept Rheuma]

Essen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
5. Können Sie das Fleisch mit dem Messer schneiden?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Können Sie ein gefülltes Glas zum Munde führen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Können Sie einen Milchkarton (Tetrapack) öffnen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Gehen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
8. Können Sie auf ebener Strasse gehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Können Sie Treppen steigen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Hilfsmittel

10. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich **Hilfsmittel** gebrauchen.

- a) Ankleiden und Körperpflege (z.B. langer Schuhlöffel, Knöpfer, Strumpfanzieher) ☐
- b) Aufstehen (z.B. Stuhl mit Armlehnen, Spezialstuhl) ☐
- c) Essen (z.B. Spezialbesteck)..... ☐
- d) Gehen (z.B. Gehstock, Krücken, Rollator)..... ☐

Hilfe anderer Personen

11. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich **Hilfe einer anderen Person** benötigen.

- a) Ankleiden und Körperpflege ☐
- b) Aufstehen ☐
- c) Essen ☐
- d) Gehen..... ☐

[Pfadkonzept Rheuma]

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch ihre Krankheit.

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen beschreibt.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Körperpflege

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
12. Können Sie sich ganz waschen und abtrocknen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13. Können Sie ein Vollbad nehmen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
14. Können Sie auf die Toilette gehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Heben

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
15. Können Sie einen 2 kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16. Können Sie sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Boden aufzuheben?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Greifen und Öffnen

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
17. Können Sie eine Autotüre öffnen?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18. Können Sie ein Konfitüreglas öffnen, welches schon einmal offen war?.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
19. Können Sie einen Wasserhahn auf- und zudrehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

[Pfadkonzept Rheuma]

Andere Tätigkeiten

	Ohne Schwierig- keiten	Mit leichten Schwierig- keiten	Mit grossen Schwierig- keiten	Un- möglich
20. Können Sie einkaufen gehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21. Können Sie in ein Auto ein- und aus- steigen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
22. Können Sie Haushaltsarbeiten (z.B. Staub saugen) oder Gartenarbeit verrichten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Hilfsmittel

23. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich **Hilfsmittel** gebrauchen.

- a) Körperpflege (z.B. Sitz für Badewanne, Toilettensitzerhöhung) ☐
- b) Heben (z.B. Greifzange)..... ☐
- c) Greifen und Öffnen (z.B. Schlüsselgriff, Schraubdeckelöffner) ☐
- d) Andere Tätigkeiten (z.B. Hilfsmittel zum Greifen, Greifzange) ☐

Hilfe anderer Personen

24. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich **Hilfe einer anderen Person** benötigen.

- a) Körperpflege ☐
- b) Heben..... ☐
- c) Greifen und Öffnen ☐
- d) Andere Tätigkeiten ☐

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Dermatologischer Status: PASI

Bitte erheben Sie beim Patienten nun den PASI (Psoriasis Area and Severity Index).
Sie brauchen nur die **fett eingerahmten** Felder auszufüllen. Die Berechnungen der Summen und
Produkte erfolgen bei der statistischen Auswertung automatisch.

Psoriasis Area and Severity Index – PASI

1) Schweregrad der psoriatischen Läsionen

Bitte kreisen Sie eine Zahl für jede der nachstehenden Effloreszenzen und Lokalisationen ein.

Ausprägungen der Effloreszenzen: 0 = keine 1 = gering 2 = mittel 3 = stark 4 = sehr stark

		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
1	Erythem	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Infiltration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Schuppung	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Summe				

2) Befall der Körperoberfläche

Bitte vermerken Sie in Zeile 6 die befallene Fläche für die jeweiligen Lokalisationen. Kreisen Sie die
jeweiligen Zahlen vor den Prozentangaben ein.

5		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
6	Befallene Fläche	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%
7	Produkt aus Zeile 4 + 6				
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Produkt aus Zeile 7 + 8				

[Pfadkonzept Rheuma]

GLOSSARY AND SCORING FOR BVAS version 3

Rules for scoring BVAS

1. Disease manifestations are scored **only when they are attributable to active vasculitis**. The manifestation should not be scored if there is reasonable evidence of another aetiology for the symptoms e.g. infection, drug reaction, other co-morbidity.
2. Tick "Persistent Disease" box if **all** the abnormalities are due to active (but not new or worse) vasculitis.
3. Specialist opinion, or the results of laboratory or imaging investigations will be required for some items. Excepting those circumstances, the whole form should be completed at the time of the consultation.
4. The bands of serum creatinine should be scored **only** on the first visit.
5. Items marked with an asterisk (*) are not compatible with 'persistent' disease. These manifestations always suggest new or worse disease when due to active vasculitis.

Manifestation	Definition	Persistent	New / Worse
1. General	Maximum scores	2	3
Myalgia	Pain in the muscles	1	1
Arthralgia or arthritis	Pain in the joints or joint inflammation	1	1
Fever $\geq 38^{\circ}$ C	Documented oral / axillary temperature. If rectal temperature is measured, raise threshold to 38.5° C	2	2
Weight Loss ≥ 2 kg	Loss of dry body weight without dieting	2	2

2. Cutaneous	Maximum scores	3	6
Infarct	Area of tissue necrosis or splinter haemorrhages	1	2
Purpura	Subcutaneous or submucosal haemorrhage in the absence of trauma	1	2
Ulcer	A disruption in the continuity of the skin	1	4
Gangrene	Extensive tissue necrosis	2	6
Other skin vasculitis	Livedo reticularis, subcutaneous nodules, erythema nodosum, etc	1	2

3. Mucous Membranes / eyes	Maximum scores	3	6
Mouth ulcers / granulomata	Aphthous stomatitis, deep ulcers, strawberry gingival hyperplasia	1	2
Genital ulcers	Ulcers on the genitalia or perineum	1	1
Adnexal inflammation	Salivary or lacrimal gland inflammation.	2	4
Significant proptosis	>2 mm protrusion of the eyeball	2	4
Scleritis / Episcleritis	Inflammation of the sclera	1	2
Conjunctivitis / Blepharitis / Keratitis	Inflammation of the conjunctiva, eyelids or cornea - but not due to sicca syndrome	1	1
Blurred vision	Deterioration of visual acuity from previous or baseline	2	3
Sudden visual loss*	Acute loss of vision	*	6
Uveitis	Inflammation of the uvea (iris, ciliary body, choroid)	2	6
Retinal changes (vasculitis, thrombosis / exudate / haemorrhage)	Sheathing of retinal vessels or evidence of retinal vasculitis on fluorescein angiography; thrombotic retinal arterial or venous occlusion; soft retinal exudate (exclude hard exudates) / retinal haemorrhage	2	6

4. ENT	Maximum scores	3	6
Bloody nasal discharge / crusts / ulcers / granulomata	Bloody, mucopurulent, nasal secretion, light or dark brown crusts frequently obstructing the nose, nasal ulcers or granulomatous lesions observed on rhinoscopy	2	4
Paranasal sinus involvement	Tenderness or pain over paranasal sinuses (usually confirmed by imaging)	1	2
Subglottic stenosis	Stridor or hoarseness due to inflammation and narrowing of the subglottic area observed by laryngoscopy	3	6
Conductive hearing loss	Hearing loss due to middle ear involvement (usually confirmed by audiometry)	1	3
Sensorineural hearing loss	Hearing loss due to auditory nerve or cochlear damage (usually confirmed by audiometry)	2	6

[Pfadkonzept Rheuma]

5. Chest	Maximum scores	3	6
Wheeze	Wheeze on clinical examination	1	2
Nodules or cavities*	New lesions detected on imaging	*	3
Pleural effusion / pleurisy	Pleural pain and/or friction rub on clinical assessment; radiologically confirmed pleural effusion.	2	4
Infiltrate	Detected on chest X-ray or CT scan	2	4
Endobronchial involvement	Endobronchial pseudotumor or ulcerative lesions. NB: smooth stenotic lesions to be included in VDI; subglottic lesions to be recorded in the ENT section.	2	4
Massive haemoptysis / alveolar haemorrhage	Major pulmonary bleeding, with shifting pulmonary infiltrates	4	6
Respiratory failure	The need for artificial ventilation	4	6
6. Cardiovascular	Maximum scores	3	6
Loss of pulses	Clinical absence of peripheral arterial pulsation in any limb	1	4
Valvular heart disease	Clinical or echo detection of aortic / mitral / pulmonary valve involvement	2	4
Pericarditis	Pericardial pain / friction rub on clinical assessment	1	3
Ischaemic cardiac pain	Typical clinical history of cardiac pain leading to myocardial infarction or angina.	2	4
Cardiomyopathy	Significant impairment of cardiac function due to poor ventricular wall motion confirmed on echocardiography	3	6
Congestive cardiac failure	Heart failure by history or clinical examination	3	6
7. Abdominal	Maximum scores	4	9
Peritonitis	Typical abdominal pain suggestive of peritoneal involvement	3	9
Bloody diarrhoea	Of recent onset	3	9
Ischaemic abdominal pain	Typical abdominal pain suggestive of bowel ischaemia, confirmed by imaging or surgery	2	6
8. Renal	Maximum scores	6	12
Hypertension	Diastolic >95 mm Hg	1	4
Proteinuria	>1+ on urinalysis or >0.2g/24 hours	2	4
Haematuria	'Moderate' on urinalysis or ≥10 RBC per high power field, usually accompanied by red cell casts	3	6
Serum creatinine 125-249 µmol/L	At first assessment only	2	4
Serum creatinine 250-499 µmol/L		3	6
Serum creatinine ≥500 µmol/L		4	8
>30% rise in creatinine or >25% fall in creatinine clearance *	Progressive worsening of renal function. Can be used at each assessment if the renal function has deteriorated from prior value	*	6
9. Nervous system	Maximum scores	6	9
Headache	Unaccustomed & persistent headache	1	1
Meningitis	Clinical evidence of meningism	1	3
Organic confusion	Impaired orientation, memory or other intellectual function in the absence of metabolic, psychiatric, pharmacological or toxic causes.	1	3
Seizures (not hypertensive)	Clinical or EEG evidence of aberrant electrical activity in the brain	3	9
Stroke	Focal neurological signs lasting >24 hours due to a CNS vascular event	3	9
Spinal cord lesion	Clinical or imaging evidence of spinal cord involvement	3	9
Cranial nerve palsy	Clinical evidence of cranial nerve palsy – score VIII nerve palsy as sensorineural hearing loss, do not score ocular palsies if they secondary to pressure effects	3	6
Sensory peripheral neuropathy	Objective sensory deficit in a non-dermatomal distribution	3	6
Mononeuritis multiplex	Single or multiple specific motor nerve palsies	3	9

[Pfadkonzept Rheuma]

Screeningbogen Rheuma

Screeningbogen Rheuma

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status

Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

☐ Einschreibung in das Projekt liegt vor
☐ Einwilligungserklärung in den SÜ-BHPF liegt vor
☐ Befunde und Medikationsplan beigelegt

	V.a. rheumatoide Arthritis/ Psoriasis-arthritis	V.a. Spondyloarthritiden	V.a. Polymyalgia rheumatica
BSG	> mm/h _____ bestimmt am: _____	> mm/h _____ bestimmt am: _____	> mm/h _____ bestimmt am: _____
CRP	> mg/dl _____ bestimmt am: _____	> mg/dl _____ bestimmt am: _____	> mg/dl _____ bestimmt am: _____
Alter bei Beginn	___ Jahre	☐ < 40 Jahre	☐ > 50 Jahre
Morgensteife	>30 in Dauer(min) ___	Dauer in (min) ___	≥ 45 in Dauer(min) ___
Schmerz/Steifigkeit in der Nacht	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Besserung durch Bewegung, nicht bei Ruhe		☐ ja ☐ nein	
Geschwollene Gelenke	2 oder mehr seit >6 Wochen ☐ ja ☐ nein		
Alternierender Schmerz im Gesäß		☐ ja ☐ nein	
Nacken/Schulterschmerzen			☐ ja ☐ nein
Schmerzen im Beckengürtelbereich			☐ ja ☐ nein
Schläfenkopf-/Kauschmerzen			☐ ja ☐ nein
Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl		☐ ja ☐ nein	
Sehnenansatzbeschwerden an Fuß, Knie, Hüfte		☐ ja ☐ nein	
Psoriasis vulgaris		☐ ja ☐ nein	

Seite 1 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]

 Screeningbogen Rheuma			
	V.a. rheumatoide Arthritis/ Psoriasis-arthritis	V.a. Spondyloarthritis	V.a. Polymyalgia rheumatica
Rheumaerkrankung in der Familienanamnese		☐ ja ☐ nein	
chronisch entzündliche Darmerkrankung (Crohn, Colitis)		☐ ja ☐ nein	
HLA-B27 positiv		☐ ja ☐ nein	
Sehstörung (Uveitis)		☐ ja ☐ nein	

Seite 2 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]

Assessmentbogen Rheuma (Rheumatologe)

Krankenkasse bzw. Kostenträger			 Feld für den Aufkleber Patientenpseudonym
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Untersuchung

☐ Erstvorstellung
 ☐ Folgevorstellung
 ☐ VK I
 ☐ VK II
 ☐ VK III

Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsjahr	____ ____ ____ ____ (JJJJ)

Assessmentbogen Rheuma (Rheumatologe)

I) Sichten der Basisdiagnostik

	ja	nein
Symptome der rheumatoiden Arthritis/ Psoriasisarthritis bestätigt	☐	☐
Symptome der Spondyloarthritis bestätigt	☐	☐
Symptome der Polymyalgia rheumatica bestätigt	☐	☐

II) Aktivität und Funktionsfähigkeit des Patienten

DAS- 28 Wert	HAQ Wert
_____	_____
BASDAI Wert	

VAS Wert	

Institut für angewandte
Versorgungsforschung

Seite 1 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]



III) Therapeutischer Maßnahmenplan

	ja	nein
Information und Beratung	☐	☐
Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans	☐	☐
<i>Bei VK I-III</i>		
Anpassung des individuellen Maßnahmenplans?	☐	☐
agnes ^{zwei}	☐	☐
Physiotherapie	☐	☐
<i>Bei VK I-III, Inanspruchnahme von:</i>		
a. Angebote Sana	☐	☐
b. Angebote Physiotherapiepraxis	☐	☐
Information & Motivation zum Rheuma-Café	☐	☐
<i>Bei VK I-III</i>		
Teilnahme am Rheuma-Café?	☐	☐
Spezifische Bewegungstherapie	☐	☐
<i>Wenn „ja“, weiter mit:</i>		
a. Tanzen	☐	☐
a. Sport- & Bewegungsangebot für Rheumapatienten	☐	☐
Ernährungsberatung	☐	☐
Aushändigung Rheumapass	☐	☐

inav | Institut für angewandte Versorgungsforschung

Seite 2 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]

Aufkleber
Patientenpseudonym

IGiB|StimMT gGmbH
bestimmt für Brandenburg

Dokumentationsbogen: Beendigung/Studienabbrecher

Bitte für jeden Patienten des Projektes StimMT ausfüllen, der

- a) das Projekt erfolgreich beendet (Beendigung) oder
- b) vorzeitig aus der Studie ausscheidet (Studienabbrecher).

1. Regulärer Abschluss des Behandlungspfades und der Evaluation

- ☐ Ja Datum: ____ . ____ . ____
- ☐ Nein

2. Vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation

- ☐ Ja Datum: ____ . ____ . ____
- ☐ Nein

3. Individuelle Entscheidungen für die vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Medizinische Gründe (festgelegt durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin)
- ☐ Unzureichende Zusammenarbeit/Compliance des Patienten
- ☐ Sicherheitsbedenken

Begründung: _____

- ☐ Widerruf der Einwilligung
- ☐ Wechsel der Praxis
- ☐ Patient ist verzogen (außerhalb des Mittelbereichs Templin)
- ☐ Andere Gründe

Begründung: _____

4. Tod des Patienten

- ☐ Ja Sterbedatum: ____ . ____ . ____ Todesursache: _____
- ☐ Nein

Studienende: Alle Angaben sind richtig und vollständig.

Datum: ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____

[Pfadkonzept Rheuma]

6. QISA-Indikatoren

Übersicht über die Indikatoren

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht über die Indikatoren

BEREICH	FOKUS	INDIKATOREN
Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells	Attraktivität für Versicherte	1. Anteil eingeschriebene Versicherte in der Region 2. Versichertenfluktuation
	Attraktivität für Ärzte	3. Anteil eingeschriebene Hausärzte in der Region 4. Arztfluktuation 5. Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt
Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell	Qualitätszirkelarbeit	6. Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit 7. Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mind. vier Qualitätszirkeln/Jahr
	Leitlinienarbeit	8. Durchschnittliche Zahl der eingesetzten, im Netz konsentierten Leitlinien pro Arzt
	Information der Versicherten	9. Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten
	Kommunikation im Versorgungsmodell	10. Anteil der Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben 11. Anteil der Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben 12. Anteil der Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen
	Zufriedenheit der Versicherten	13. Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz 14. Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden
	Zufriedenheit der Ärzte	15. Anteil der Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind
Qualitätsmanagement auf Praxisebene	Fehlermanagement	16. Anteil der Ärzte, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen
	Patienten- und Mitarbeiterorientierung	17. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben 18. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
Steuerung und Koordinierung der Versorgung	Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	19. Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Versicherten
	Erreichbarkeit/Wartezeiten	20. Der Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit 21. Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten 22. Anteil der Wochenstunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist
	Patientensteuerung	23. Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten 24. Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je eingeschriebenem Versicherten 25. Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte 26. Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen 27. Zahl der stationären Aufenthalte je 1000 eingeschriebene Versicherte 28. Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1000 eingeschriebene Versicherte

Quelle: AOK, QISA