

RHEUMA.VOR

Schnell erkennen. Gezielt handeln.

Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation

- zwischen Hausärzten, Fachärzten und Patienten
- durch Koordinationsstelle im Rheumazentrum Niedersachsen

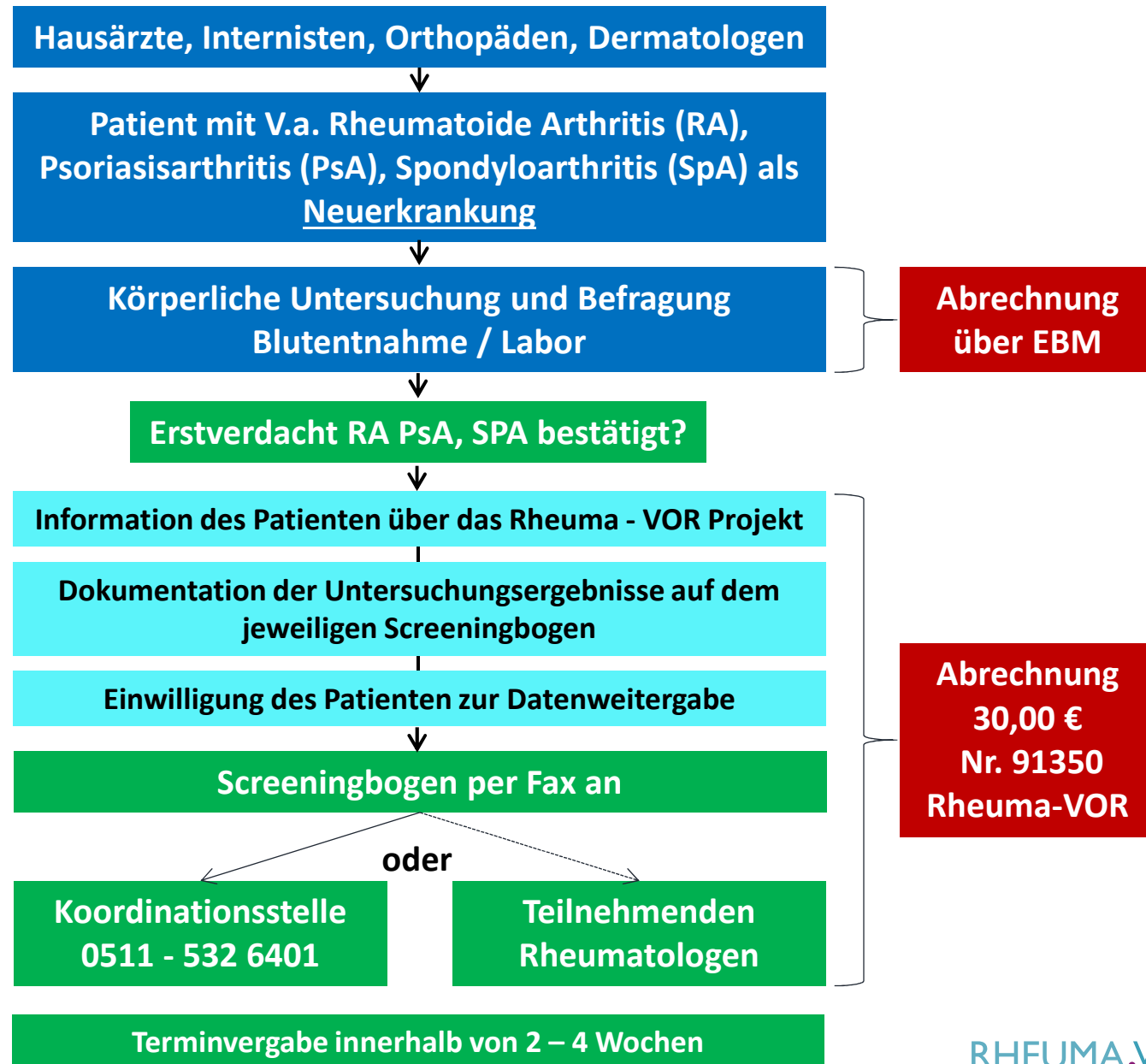
Ziele

- Flächendeckende frühe Diagnostik von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen
- Vorstellung beim Rheumatologen innerhalb von 2 – 4 Wochen
- Schnelles Feedback Rheumatologe - Zuweiser

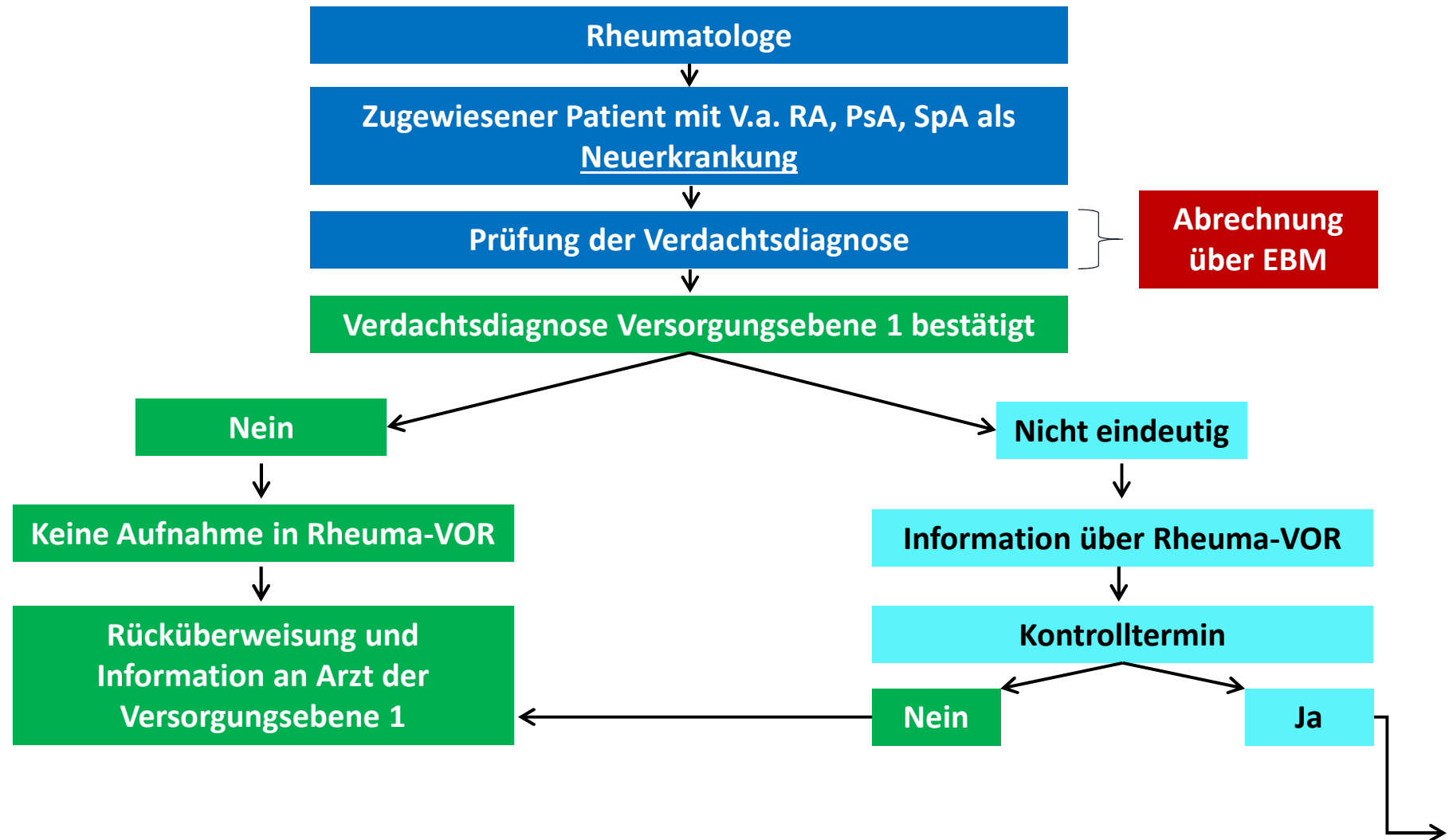
Neuerkrankte Patienten mit Verdacht auf

- Rheumatoide Arthritis
- Psoriasis Arthritis
- Spondyloarthritis

Behandlungspfad Versorgungsebene 1



Behandlungspfad Versorgungsebene 2



Behandlungspfad Versorgungsebene 2







- **Patienten identifizieren**
- **Fax an Koordinationszentrale**
- **Termin in 2 - 4 Wochen !**
- **Pseudo-KV-Ziffer abrechnen**

Screeningbögen der Hausärzte



Verdacht auf RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Fax an <small>Fax bzw. Adresse Rheumatologie</small>	Oder Fax an  <small>Schnell erkennen. Gezielt handeln.</small> Koordinierungs- zentrale  0XXXXXXXX	Fax von <small>Adresse Überwieser bitte mit FAX und TELEFON</small>
--	--	---

Patient/in

Vorname _____	Nachname _____
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____
Telefon (zur Terminvergabe) _____	

Kriterien für einen Akut-Termin

- 2 oder mehr geschwollene und schmerzende Gelenke seit _____ Wochen
- Morgensteife > 30 min Dauer (min.): _____
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____ bestimmt am: _____
- CRP-Erhöhung Wert (mg/dl): _____ bestimmt am: _____


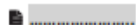
Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin
oder Orthopäde/-in

Screeningbögen der Hausärzte



Verdacht auf SPONDYLARTHROSIS

Fax an <small>Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in</small>	Oder Fax an  <small>Schnell erkennen. Gezielt handeln.</small> Koordinierungs- zentrale 	Fax von <small>Adresse Überwieser bitte mit Fax und Telefon</small>
---	--	---

Patient/in

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Krankenkasse
Telefon (zur Terminvergabe)	

ARZT

<input type="checkbox"/> Alter bei Beginn < 40 Jahre	Zusätzlich:
<input type="checkbox"/> langsamer Beginn	<input type="checkbox"/> Uveitis
<input type="checkbox"/> Schmerz/Steifigkeit in der Nacht	<input type="checkbox"/> Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte
<input type="checkbox"/> Besserung durch Bewegung	<input type="checkbox"/> Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“
<input type="checkbox"/> Keine Besserung durch Ruhe	<input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris
<input type="checkbox"/> Alternierender Schmerz im Gesäß	<input type="checkbox"/> Familienanamnese – Rheumaerkrankung?
	<input type="checkbox"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin
oder Orthopäde/-in

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in)

Akut-Termin

Unterschrift Rheumatologe/-in

Screeningbögen der Hausärzte



PSORIASISARTHRITIS

Fax an <small>Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in</small>	Oder Fax an  <small>Schnell erkennen. Gezielt handeln.</small> Koordinierungs- zentrale XXXXXXXXXX	Fax von <small>Adresse Überwiser bitte mit Fax und Telefon</small>
---	--	--

Patient/in

Vorname _____	Nachname _____
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____
Telefon (zur Terminvergabe) _____	

<input type="checkbox"/> Neu: muskuloskelettaler Schmerz und/oder Gelenkschwellungen in den letzten sechs Monaten
<input type="checkbox"/> Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte
<input type="checkbox"/> Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“
<input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris, dermatologisch bestätigt: <input type="radio"/> Nagelpsoriasis <input type="radio"/> Kopfhautpsoriasis
<input type="checkbox"/> CRP [] <input type="checkbox"/> Punktzahl EARP-Bogen [] <input type="checkbox"/> Punktzahl PEST-Bogen []
<input type="checkbox"/> Entzündlicher Rückenschmerz (Auftreten in Ruhe, in der Nacht, Besserung bei Bewegung)?
<input type="checkbox"/> Andere Hautveränderungen (Neurodermitis)?
<input type="checkbox"/> Familienanamnese – Rheumaerkrankung?
<input type="checkbox"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?
<input type="checkbox"/> Uveitis in der Vergangenheit?

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin
oder Orthopäde/-in

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in) Akut-Termin _____
Unterschrift Rheumatologe/-in _____

Screeningbögen der Hausärzte

EARP-Fragebogen (EARP steht für Early Arthritis for Psoriatic Patients)

	JA	NEIN
Schmerzen die Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 2x/Woche Schmerzmittel (z.B. Voltaren, Ibuprofen) wegen Gelenkschmerzen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie nachts wegen Rückenschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Morgensteifigkeit in den Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Handgelenke und Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Handgelenke und Finger geschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Finger mehr als 3 Tage schmerzhaft geschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzt Ihre Achillessehne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Ihre Füße oder Sprunggelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Ihre Ellbogen oder Hüften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

PEST-Fragebogen (PEST steht für Psoriasis Epidemiology Screening Tool)

	JA	NEIN
Hatten Sie jemals ein geschwollenes Gelenk/geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen von Ihrem Arzt jemals die Diagnose einer Arthritis gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden sich Löcher oder Gruben auf Finger- oder Zehennägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in Ihrer Ferse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals einen komplett geschwollenen oder schmerzhaften Finger oder Zeh ohne erkennbare Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung jene Gelenke an, die Ihnen Beschwerden (Steifheit, Schwellung, Schmerzen) bereiten.

