

Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung bei Arthrose

HCQI A 1: Wenn bei einem Patienten symptomatische Arthrose diagnostiziert wird, dann sollten bei ihm Untersuchungen auf Schmerzen, Funktionsfähigkeit, Umfang der körperlichen Betätigung und Body Mass Index (BMI) sowie Erwerbsbeteiligung im Ausgangszustand oder bei Auftreten erheblicher Schmerzen oder Funktionseinschränkungen durchgeführt werden.

HCQI A 2: Wenn einem Patienten mit symptomatischer Arthrose NSAID oder Aspirin verschrieben wird, dann sollten das Risiko von Blutungen im Gastrointestinaltrakt, kardiovaskuläre Risiken und Nierenrisiken untersucht werden.

HCQI A 3: Wenn ein Patient mit Arthrose übergewichtig ist (definiert als BMI ≥ 27), dann sollte er Informationen über eine Gewichtsreduktion und das Angebot erhalten, in ein Programm zur Gewichtsreduktion überwiesen zu werden.

HCQI A 4: Wenn bei einem Patienten symptomatische Arthrose neu diagnostiziert wird, sollte er von einschlägigen medizinischen Fachkräften innerhalb von 3 Monaten individuell und maßgeschneidert über den natürlichen Verlauf, die Therapie und den eigenen Umgang mit der Krankheit aufgeklärt werden.

HCQI A 5: Wenn bei einem Patienten symptomatische Arthrose diagnostiziert wird, dann sollte innerhalb von 3 Monaten eine Überweisung an eine entsprechende medizinische Fachkraft zwecks Unterweisung in einem individuell abgestimmten Trainingsprogramm einschließlich Beratung über körperliche Betätigung sowie Übungen zur Verbesserung der Bewegungsamplitude, der Muskelstärke sowie Ausdauer (Aerobic) erfolgen.

HCQI A 6: Wenn ein Patient mit diagnostizierter symptomatischer Arthrose über Schwierigkeiten bei mit Gehen und/oder nicht mit Gehen verbundenen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens berichtet, dann sollte die Notwendigkeit von Hilfsgeräten, Orthosen und Umgebungsanpassungen geprüft und berücksichtigt werden.

HCQI A 7: Alle Fachkräfte, die Arthrosepatienten in einem Zentrum für die Basisgesundheitsversorgung betreuen, sollten fortlaufenden Zugang zur Weiterbildung über wichtige präventive und therapeutische Strategien bei der Behandlung von Arthrose haben.

HCQI A 8: Wenn ein Patient mit diagnostischer symptomatischer Arthrose nicht auf eine pharmakologische und nicht pharmakologische Therapie anspricht, sollte er gegebenenfalls an einen orthopädischen Chirurgen überwiesen werden.

HCQI A 9: Wenn ein Patient mit diagnostizierter Arthrose an einen orthopädischen Chirurgen überwiesen wird, dann sollte die Wartezeit ab der ersten Überweisung nicht mehr als drei Monate betragen.

HCQI A 10: Wenn ein Patient mit diagnostizierter symptomatischer Arthrose unter Funktionseinschränkungen leidet, dann sollte eine Verbesserung seiner Funktionsfähigkeit um 20 % bei einer vom Patienten berichteten Ergebnismessung innerhalb von drei Monaten nach Einleitung/Änderung der pharmakologischen/nicht pharmakologischen Behandlung erreicht werden.

HCQI A 11: Wenn bei einem Patient symptomatische Arthrose diagnostiziert wird, dann sollten seine Schmerzen um 20 % bei einer vom Patienten berichteten Ergebnismessung innerhalb von drei Monaten nach Einleitung/Änderung der pharmakologischen/nicht pharmakologischen Behandlung verringert werden.

HCQI A 12: Wenn bei einem Menschen im Erwerbsalter symptomatische Arthrose diagnostiziert wird, dann sollte er in die Lage versetzt werden, am Arbeitsmarkt teilzunehmen.

Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung bei RA

HCQI RA 1: Wenn bei einem Patienten Verdacht auf rheumatoide Arthritis (RA) besteht, dann sollte innerhalb von 6 Wochen nach Einsetzen der Symptome eine Überweisung und Untersuchung durch einen Facharzt (möglichst einen Rheumatologen) zur Bestätigung der Diagnose erfolgen.

HCQI RA 2: Wenn bei einem Patienten RA neu diagnostiziert wird, sollte er von einschlägigen medizinischen Fachkräften innerhalb von 3 Monaten individuell und maßgeschneidert über den natürlichen Verlauf, die Therapie und den eigenen Umgang mit der Krankheit aufgeklärt werden.

HCQI RA 3: Rheumatologiepraxen sollten Informationen (Schriftform oder Website) zur Verfügung stellen, wie sich ein Patient bei dringenden Konsultationen (im Falle von Schüben/Verschlimmerung der Krankheit, schweren Nebenwirkungen) mit der Praxis in Verbindung setzen kann.

HCQI RA 4: Wenn bei einem Patienten RA diagnostiziert und das Ziel (=Remission oder geringe Krankheitsaktivität) nicht erreicht wird, dann sollte innerhalb von 3 Monaten ein Kontrollbesuch bei einem Rheumatologen terminiert werden, und wenn das Ziel erreicht ist, dann sollten mindestens einmal pro Jahr Kontrollbesuche bei einem Rheumatologen oder einer auf Rheumatologie spezialisierten Pflegekraft angesetzt werden.

HCQI RA 5: Wenn bei einem Patienten RA diagnostiziert ist und

<p>Gelenkschäden/Weichgewebeprobleme vorliegen, die operativ beseitigt werden können, dann sollte der Patient innerhalb von 3 Monaten von einem orthopädischen Chirurgen untersucht werden.</p>
<p>HCQI RA 6: Wenn bei einem Patienten RA diagnostiziert ist, dann sollten ein Rheumatologe und/oder einschlägige medizinische Fachkräfte aus dem multidisziplinären Team die folgenden Variablen untersuchen und dokumentieren: 1) ein Maß für die Krankheitsaktivität, z. B. kombinierte Bewertungen wie DAS 28 oder eine der davon abgeleitete Varianten CDAI oder S-DAI, 2) strukturelle Schäden (mit Hilfe der <u>besten</u> verfügbaren Methode, z. B. Röntgen, MRI, Ultraschall), 3) Funktionsstatus (z. B. HAQ) und 4) Erwerbsbeteiligung. Die Untersuchung und Dokumentation sollte zum Ausgangszeitpunkt und anschließend in geeigneten Zeitabständen erfolgen, und zwar bei 1, 3 und 4 mindestens jährlich.</p>
<p>HCQI RA 7: Wenn ein Patient unter RA leidet, dann sollte er einen Behandlungsplan haben, der zwischen ihm und seinem Kliniker/seinen medizinischen Fachkräften bei jedem Besuch entwickelt wird.</p>
<p>HCQI RA 8: Wenn bei einem Patienten RA diagnostiziert ist, dann sollte mindestens einmal jährlich eine Überprüfung von Komorbiditäten, Nebenwirkungen und Risikofaktoren in Zusammenhang mit der pharmakologischen Therapie erfolgen.</p>
<p>HCQI RA 9: Wenn bei einem Patienten RA diagnostiziert und eine Therapie mit einem biologischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatikum (DMARD) verordnet wird, dann sollten vor dem Therapiebeginn ein Tuberkulose-Screening durchgeführt und die Ergebnisse interpretiert werden.</p>
<p>HCQI RA 10: Ein Rheumatologe sollte die krankheitsmodifizierende Medikation verstärken, wenn die Krankheitsaktivität moderat* oder hoch* ist.</p> <p>*Laut EULAR-Empfehlungen</p>
<p>HCQI RA 11: Wenn bei einem Patienten RA neu diagnostiziert wird, dann sollte innerhalb von 3 Monaten eine Überweisung an eine entsprechende medizinische Fachkraft zwecks Unterweisung in einem individuell abgestimmten Trainingsprogramm einschließlich Beratung über körperliche Betätigung sowie Übungen zur Verbesserung der Bewegungsamplitude und Muskelstärke sowie Ausdauer (Aerobic) erfolgen.</p>
<p>HCQI RA 12: Wenn ein Patient mit diagnostizierter RA über Schwierigkeiten bei mit Gehen und/oder nicht mit Gehen verbundenen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens berichtet, dann sollte die Notwendigkeit von Hilfsgeräten, entsprechenden Orthosen und Umgebungsanpassungen geprüft und berücksichtigt werden.</p>



HCQI RA 13: Rheumatologiepraxen sollen in der Lage sein, mindestens einmal jährlich kombinierte Bewertungen wie DAS 28 oder eine der davon abgeleiteten Varianten CDAI oder SDAI für alle RA-Patienten zu berechnen und zu protokollieren (elektronisch oder auf Papier).

HCQI RA 14: Wenn bei einem Patienten aktive RA (d. h. DAS* 28 über 3,2) diagnostiziert wird, dann sollte die Krankheitsaktivität 6 Monate nach Aufnahme der Behandlung niedrig sein (d. h. DAS 28 unter 3,2).

*oder eine andere kombinierte Bewertung für die Krankheitsaktivität

[Text logo:]Förderung der muskuloskelettalen Gesundheit in Europa