

Versorgungskonzept rheumatoide Arthritis

gemeinsamer Entwurf von **BDRh**
und **KBV-Vertragswerkstatt**

zeitgleich
mit

Versorgungsanalyse und Produktstudie
Rheumatoide Arthritis
des **AOK-Bundesverbandes**

... Defizite in der Versorgung der rheumatoiden Arthritis erfordern neue Wege

- Unzureichende und zu späte Diagnose
- Zu wenig Patienten sind in dauerhafter Behandlung beim Rheumatologen
- Zu wenig Patienten erhalten rechtzeitig eine Basistherapie
- Zu lange Wartezeiten bei den Rheumatologen
- Häufige Therapieabbrüche bei Basistherapien
- Keine Transparenz der Versorgung

... unzureichende Diagnose:

Ergebnisse Zuweiserprojekt BDRh 2008

Diagnose-Übereinstimmung nach Zuweiser (%)

n = 15.977 Zugewiesene dieser 3 Gruppen

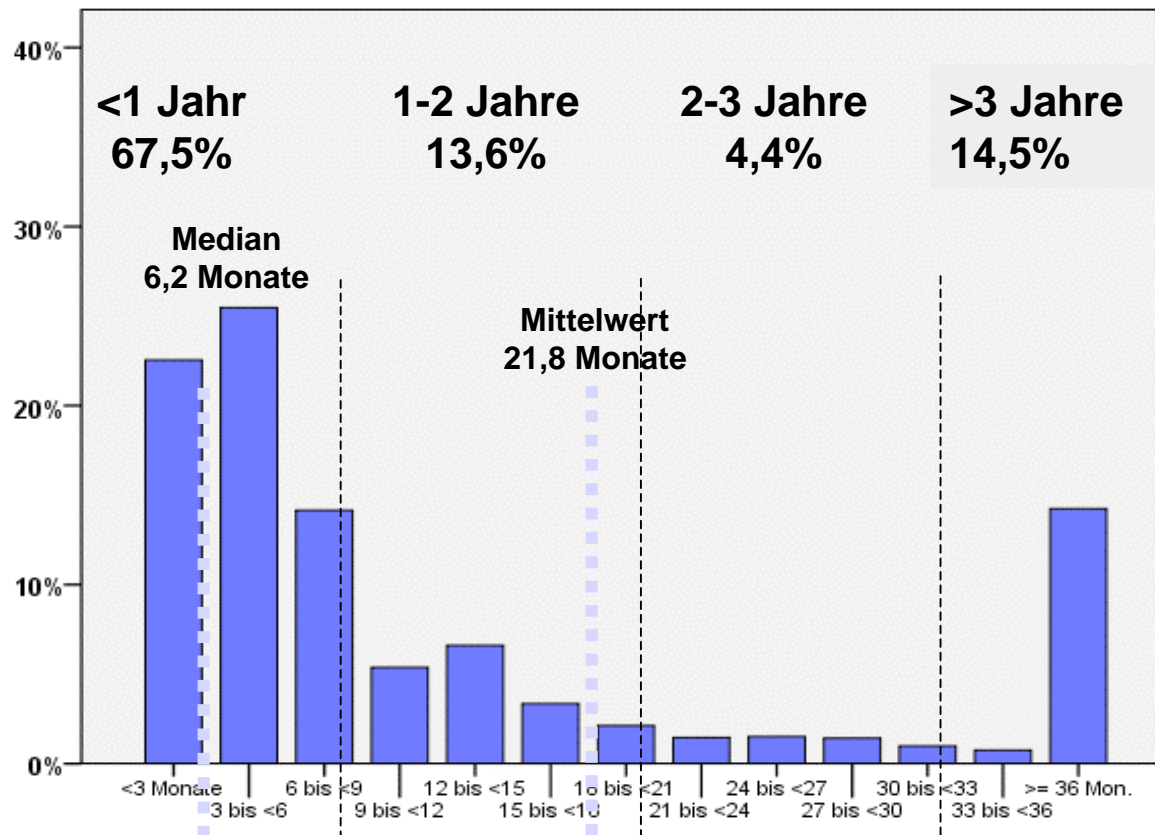
	Hausarzt %	Internist %	Orthopäde %
Anteil an Zuweisungen	(82,5%)	(5%)	(12,5%)
AS	61	53	• 70
Rheumatoide Arthritis	• 55	48	54
SLE	• 54	44	43
PsA	• 39	29	34
PMR	38	37	• 41
Fibromyalgie	• 36	25	• 37
Vaskulitis	34	• 38	-
Sjögren's S.	37	40	-
Sarkoidose	27	• 40	0
Kollagenose	17	• 30	10

n. Westhoff, DRFZ

... zu späte Diagnose und Behandlung

Symptombdauer bei Erstvorstellung; RA

n = 2.219 Ergebnisse Zuweiserprojekt BDRh 2008



n. Westhoff, DRFZ

... für eine optimale Versorgung zu lange

... zu lange Wartezeiten

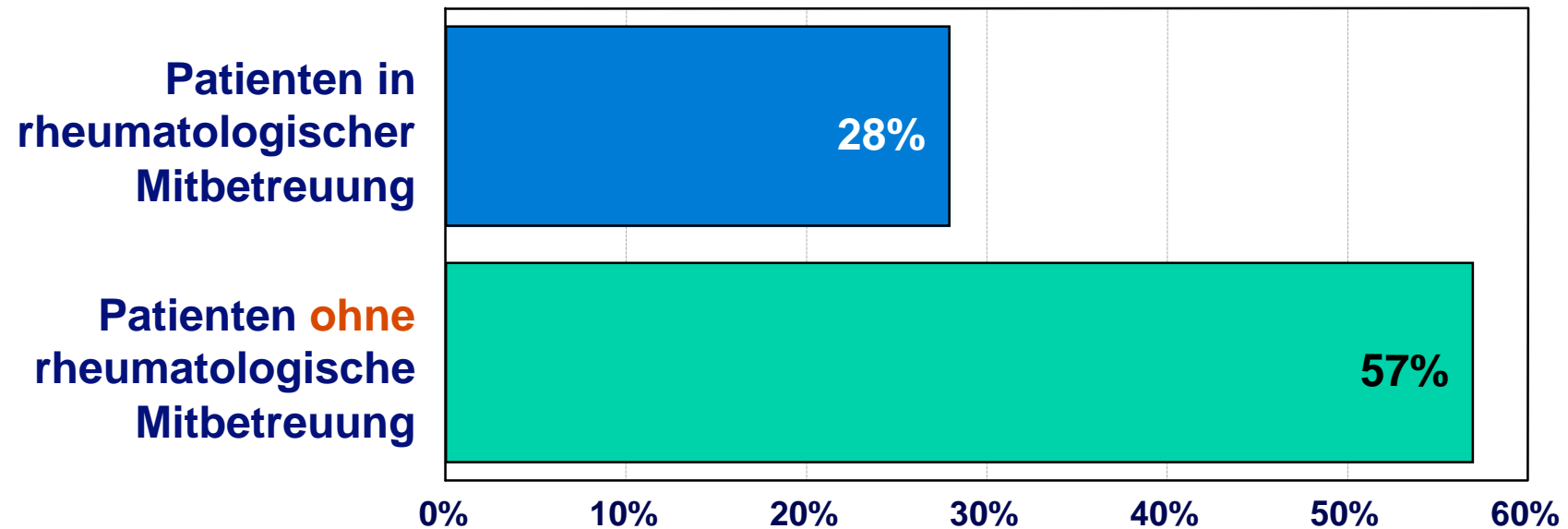
Wartezeiten für Erstvorstellungen Ergebnisse Zuweiserprojekt BDRh 2008

	n	%
RA Patienten	1.854	
< 2 Wochen	162	8.7
> 2 bis 4 Wochen	392	21.1
4 Wo bis 3 Mo	947	51.0
> 3 Mo bis 6 Mo	275	14.8
> 6Mo	78	4.2

n. Westhoff, DRFZ

... Für eine optimale Versorgung zu lange

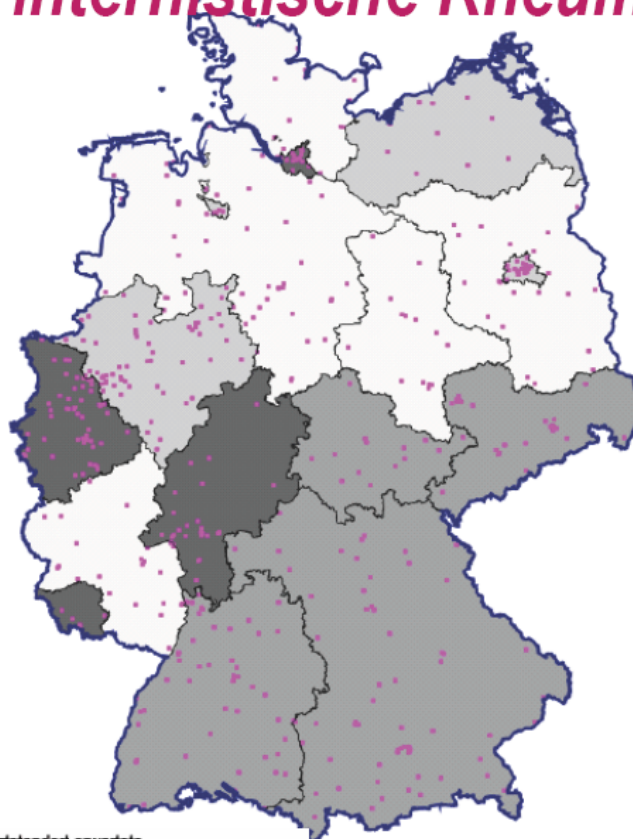
Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten (% der erwerbstätigen Patienten)



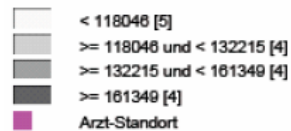
... die Ursachen der Defizite sind bekannt

- zu wenig internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung (ein Problem: Bedarfszulassung)
- teilweise unzureichender rheumatologischer Kenntnisstand und Awareness der zuweisenden Fachgruppen
- nur an der Hälfte der med. Fakultäten lehren Rheumatologen
- Fehlen einer strukturierten Versorgung

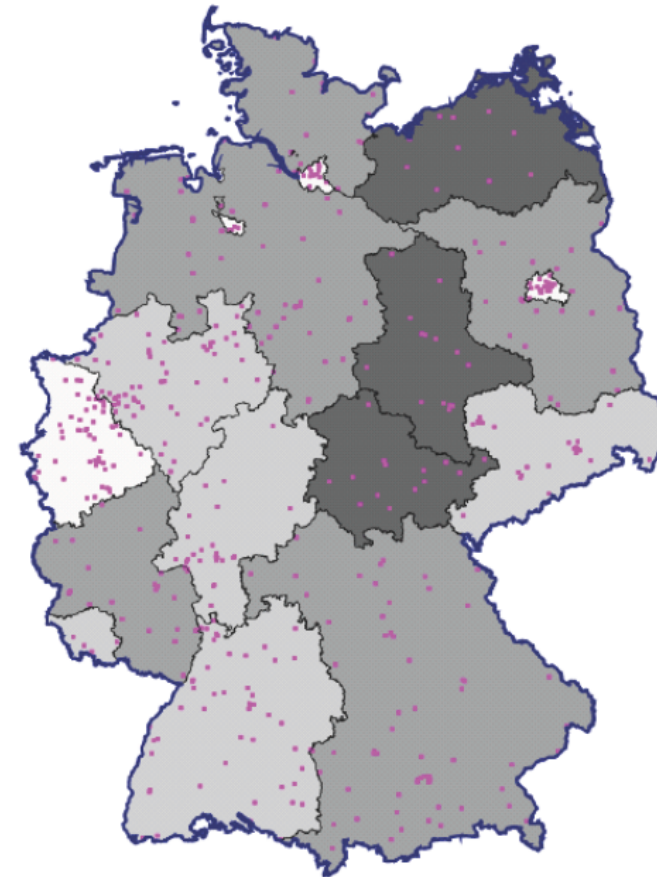
TOP 5 Regionale Strukturen: internistische Rheumatologen



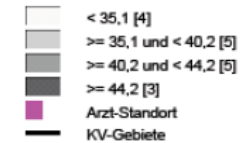
Am Arztstandort erwartete
Einwohner/Patienten pro Arzt



Einwohnerzahl am Standort:
Ebene: KV-Bezirke
Basis: Einzugsgebiet der
Einzelstandorte bei gegebener
Verkehrsanbindung

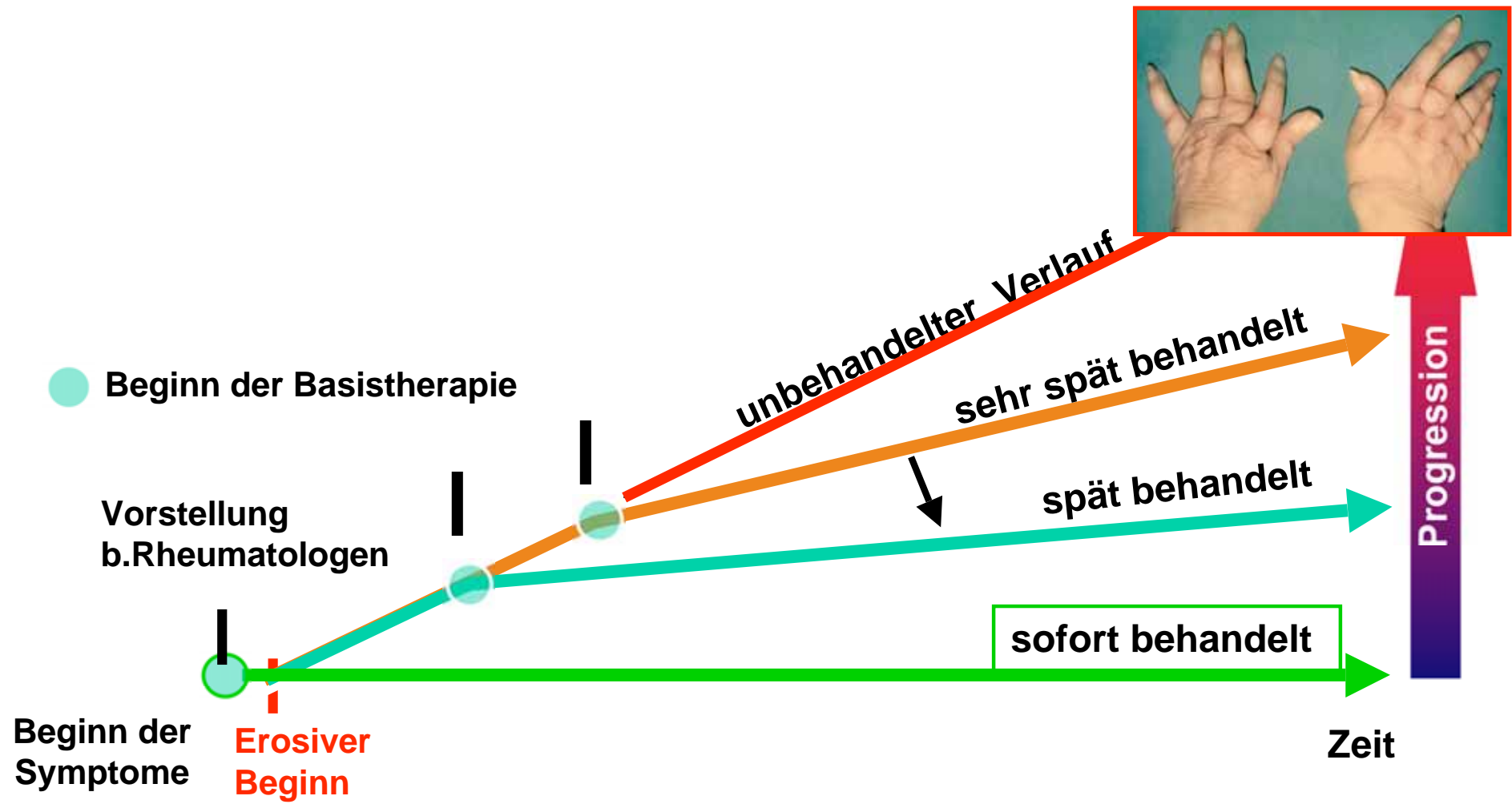


Durchschnittliche Reisezeitminuten bei
Arztbesuch



Durchschnittliche Reiseminuten:
Ebene: KV-Bezirke
Basis: PKW-Anreise zu
Einzelstandorten bei gegebener
Verkehrsanbindung

Das Schicksal der RA-Patienten – mit Beginn einer wirksamen Basistherapie eng verknüpft



Versorgungskonzept Rheumatoide Arthritis

Zentrale Versorgungsziele

- **frühzeitige Diagnosestellung u. Behandlung** bei gesicherter Diagnose
- **maximale Verringerung der Krankheitsaktivität, bestmögliche Prognose** für Lebenserwartung und Lebensqualität

Versorgungskonzept Rheumatoide Arthritis

.... **frühzeitige Diagnosestellung u. Behandlung** bei gesicherter Diagnose ist zu erreichen durch:

- Frühzeitige strukturierte Überweisung durch Hausarzt (Screening-Bogen)
- Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen durch Rheumatologen
- Verpflichtung des Rheumatologen zur schnellstmöglichen Diagnosestellung, Therapieeinleitung und Befundübermittlung

... kooperative Versorgung

Screening- Bogen für Hausärzte u. ggf. Orthopäden

- Screening-Bogen zur Früherkennung einer Rheumatoiden Arthritis
- Arzt KV Nr.
- Patienten -Initialen N/ V
-
- Erhebungsdatum Geburtsjahr des Patienten
- männlich weiblich
-
- Beginn der Beschwerden vor 0 Tagen / 0 Wochen / 0 Monaten
-
- Klinische Merkmale einer Rheumatoiden Arthritis
(für die Zuweisung sollten die ersten 3 Kriterien erfüllt sein)
-
- Weiche Gelenkschwellung
- Mehr als 2 geschwollene Gelenke
- Morgensteifigkeit der Gelenke > 30min
-
- Kompressionsschmerz der Fingergrundgelenke bzw. der Zehengrundgelenke
- Symmetrischer Gelenkbefall
- **Bei mehr als 2 weichen Gelenkschwellungen und einer Morgensteifigkeit der betroffenen Gelenke von > 30 min besteht bereits der Verdacht auf eine Rheumatoide Arthritis, der eine Zuweisung erfordert.**
- Zusätzliche Merkmale wie symmetrischer Gelenkbefall etc. erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Rheumatoide Arthritis vorliegt.
- **Cave:** nicht ganz so selten können Monarthritiden verschiedener Genese vorliegen oder auch ein monarthritischer Beginn einer Rheumatoiden Arthritis. Daher auch Zuhilfenahme der Laborchemie zur Differentialdiagnostik entzündlich versus degenerativ:
-
- CRP > 0.5 mg/dl oder > 5mg / l; BSG > 28
- Rheumafaktor (RF) erhöht Bestimmung fakultativ
- Ein positiver RF sichert zwar nicht die Diagnose, im Zusammenhang mit den obenstehenden Merkmalen und einer erhöhten Entzündungsaktivität steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Rheumatoiden Arthritis

Schnittstellendefinitionen mit dem Hausärzteverband

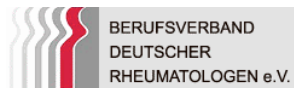


– Kompetenzerhalt des Hausarztes –

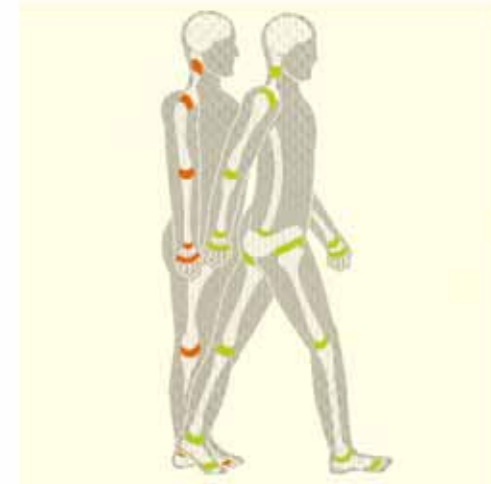
Leitsymptom Gelenkschwellung

Deutscher Hausärzteverband
Rheumatologische Fortbildungsakademie der DGRh
Berufsverband der Rheumatologen
Deutsche Rheuma-Liga

Autoren: Cattelaens, Edelmann, Genth, Sturm



Entzündliche Gelenkerkrankungen Manual



bei Verdachtsdiagnose rheumatoide Arthritis ...

- Frühzeitige Überweisung zum intern. Rheumatologen innerhalb von 6 Wochen
- Nur so kann das window of opportunity , der optimale Zeitrahmen für eine möglichst wirksame Behandlung genutzt werden

Die Diagnosestellung bei V.a. Arthritis/ rheumatoide Arthritis liegt im Aufgabenbereich des Rheumatologen

Labordiagnostik des Hausarztes bei V.a. Arthritis ...

obligat:

- BKS
- C-reaktives Protein (CRP quantitativ)
- Blutbild, Creatinin und Transaminasen

fakultativ:

- Rheumafaktor (RF quantitativ), Anti-CCP-AK

damit: Begrenzung auf das Wesentliche, Vermeidung labordiagnostischer Irrwege, Einhaltung des Laborbudgets beim Hausarzt

Die Indikationsstellung bei **bildgebenden Verfahren** geht vom Rheumatologen aus

Hausarzt: in der Regel keine Veranlassung

- Rheumatologe: Indikationsstellung für:
 - Gelenksonographie * *
 - konventionelle Röntgendiagnostik *
 - Kernspintomographie (dominante Hand)
 - Kernspintomographie HWS / ISG etc.

** *Durchführung durch Rheumatologen*

* *Befundung, ggf. Durchführung durch Rheumatologen*

damit: gezielte, leitliniengerechte Diagnostik, diagnostische Umwege werden vermieden, Chance für Kosteneinsparungen

Versorgungskonzept rheumatoide Arthritis

Aufgabenverteilung in der kooperativen Versorgung

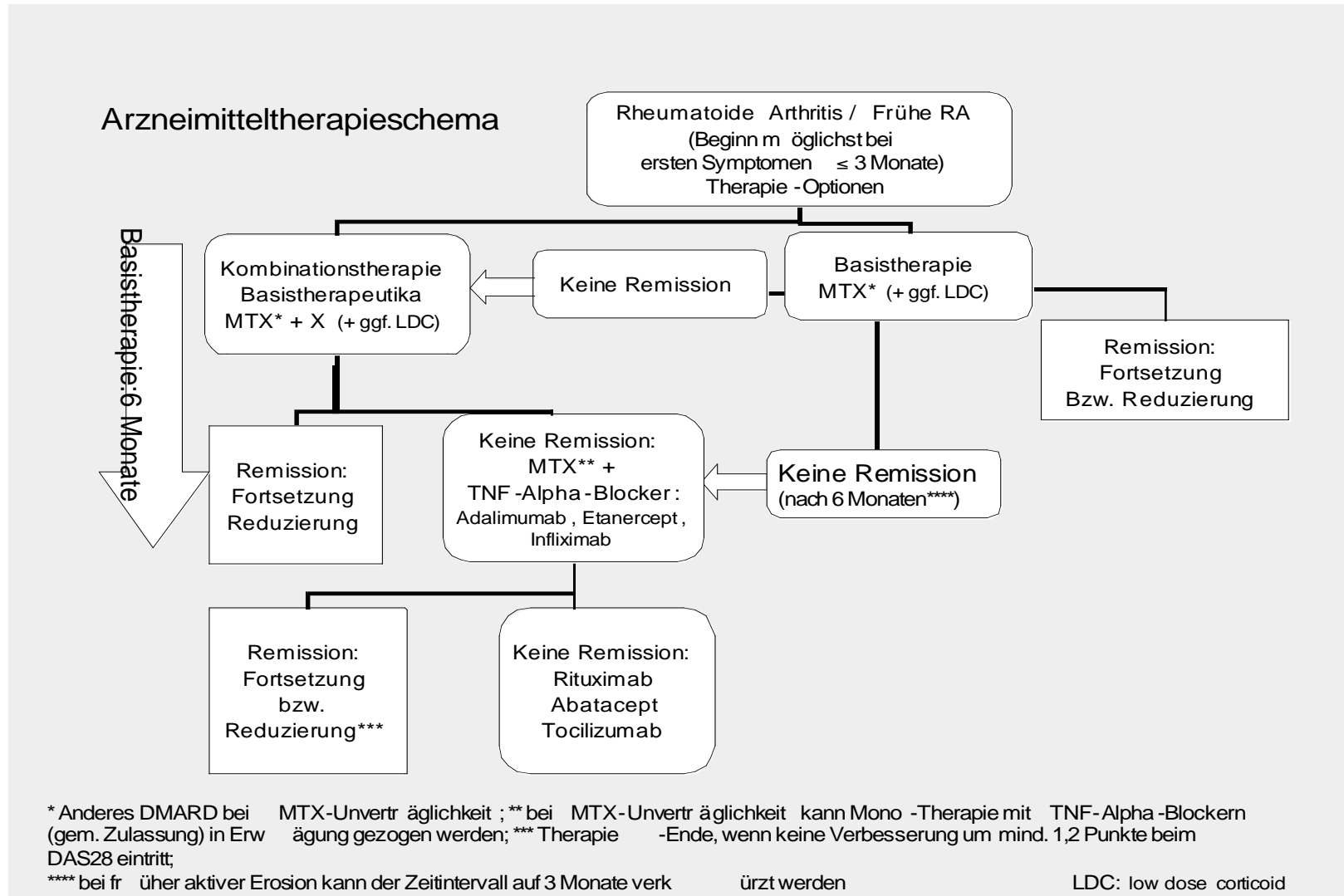
Fachärztliche Aufgabe	Hausärztliche Aufgabe	Aufgabe im RA-Team / Med. Fachassistenz
<ul style="list-style-type: none"> ♣ frühzeitige Diagnosestellung RA und Diagnostik von Komorbiditäten ♣ Medikations-Check ♣ Therapieeinleitung DMARD-Therapie, Koordination Heil-Hilfsmittelversorgung ♣ Erhebung DAS etc. mit IT-Dokumentation u. Therapie nach Zielgrößen ♣ Prüfung und ggf. Einleitung Rehabilitation nach § 4 Abs. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Frühzeitige Zuweisung (Screening-Bogen) ♣ Überwachung DMARD-Therapie ♣ Kontinuierliche Kontrolle der Nebenwirkungen ♣ Heilmittelversorgung ♣ Prüfung und ggf. Einleitung Rehabilitation nach § 4 Abs. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Koordination RA-Team: <ul style="list-style-type: none"> • Termine/Informationen • Fallkonferenzen • Recall-System • Zusammenführung Therapieergebnisse • Patientenschulungen

Versorgungskonzept Rheumatoide Arthritis

...maximale Verringerung der Krankheitsaktivität, bestmögliche Prognose für Lebenserwartung und Lebensqualität ist nur zu erreichen über:

- Kooperative Versorgung mit definierten, konsentierten Behandlungspfaden
- Leitliniengestützte Therapie (1. Leitlinie NICE 02/2009, 2. Leitlinie AHRQ 11/2007, 3. Leitlinie DGRh 2009 und Qualitätsstandards der DGRh)
- Therapie nach Zielgrößen (DAS, FFbH)
- IT-Dokumentation der Zielgrößen und benchmarking

Algorithmus KBV/BDRh zur Basistherapie bei rheumatoider Arthritis



(§ 73 c) Versorgungskonzept Rheumatoide Arthritis

Therapieorientierung an Zielgrößen

- bei früher RA (< 1 Jahr nach Manif.) Ziel DAS ≤ 2.6
- bei später RA (> 1 Jahr nach Manif.) Ziel DAS ≤ 3.2

Therapieziel Remission

- Anteil bei früher RA > 50 %

Patientenindividuelle Ziele

- Steigerung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit
- Senkung der erhöhten Mortalität
- Verringerung von Schmerzen, Verlängerung schmerzfreier Zustände
- Minderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten

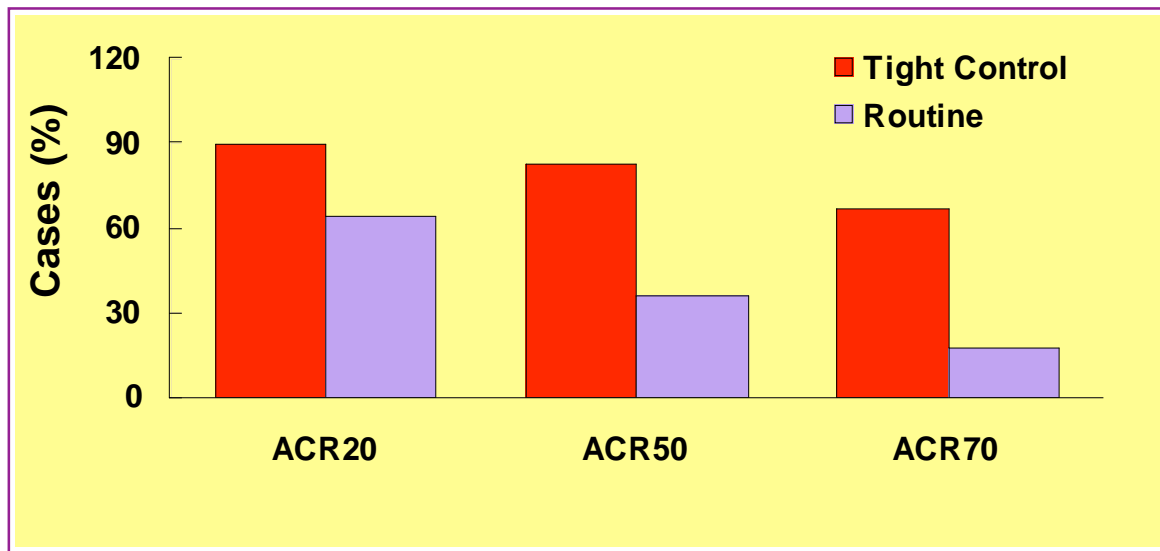
Messung der Zielgrößen

- DAS 1x/Quartal
- FFbH 1x im halben Jahr
- Kerndokumentation und Euroquol D5(Lebensqualität) alle 12 Monate

*Therapie nach Zielgrößen verbessert die Versorgung:
höhere Remissionsraten, weniger Kosten*

... intensivierte Behandlung nach Zielgrößen verbessert
 Krankheitsaktivität, Funktionskapazität, Lebensqualität, Röntgen-Progression

TICORA-Studie – Ergebnisse



Grigor et.al

Verbesserung von	DAS um	HAQ um	SF12 um	Sharp Rö-Progression
Intensive Behandlung n. Zielgrößen	- 3.5	- 0.97	9.3	3.5
Routinebehandlung	- 1.9	- 0.47	4.0	6.9
p	< 0.02	<0.005	<0.02	0.057

§73c für die Indikation rheumatoide Arthritis

IT-Dokumentation mit RheumaDok = Software des BDRh

- Messung u. Statistik der Krankheitsaktivität (DAS)
- Messung u. Statistik der Funktionskapazität (FFbH/HAQ)
- Messung und Statistik der Lebensqualität (EuroQol)
- Erfassung von AU/Stationären Aufenthalten/ Reha/ Komorbidität/ Medikamenten (Dosis) etc.

100% ige Verfügbarkeit/ kompatibel mit Praxissoftware/ Datentransfer über Internet möglich

Ideale Basis für transparentes Leistungsgeschehen,
für benchmarking, für Versorgungsforschung

Oberfläche der Access-basierten Software RheumaDok

RheumaDok - [RheumaDok: F_01_Hauptformular]

☰ Datei Bearbeiten Ansicht Einfügen Format Datensätze Extras Fenster ? Adobe PDF

Nr: Eingabe, numerisch (nur bei neuem Datensatz änderbar)

Name: Vorname: Eingabe, max. 50 Zeichen Eingabe, max. 50 Zeichen Datum, z.B. "28.11.2003" Auswahl "m" oder "w"

Diagnose: Auswahl oder Eingabe, max. 110 Zeichen

KVB2008-Patient

Eingaben Arzt / Arzthelferin	<input type="button" value="Befunde
BSG, CRP, Röntgen"/>	<input type="button" value="Korbidität"/>	<input type="button" value="DAS 28
Weitere Befunde"/>	<input type="button" value="Medikamente
aktuell"/>	<input type="button" value="Medikamente
früher"/>	<input type="button" value="BASMI"/>
	<input type="button" value="ECLAM"/>	<input type="button" value="Kerndokumentation"/>	<input type="button" value="RA-Prognose-
Rechner (Visser)"/>			

Eingaben Patient / Arzthelferin	<input type="button" value="Eigenbeurteilung"/>	<input type="button" value="FFbH-PR"/>	<input type="button" value="HAQ"/>	<input type="button" value="BASDAI"/>	<input type="button" value="BASFI"/>	<input type="button" value="EuroQol EQ-5D"/>
	<input type="button" value="Kerndokumentation
Kurzfragebogen"/>	<input type="button" value="FACIT-Erschöpfung"/>	<input type="button" value="SF-12"/>			


Auswertungen

Administration Wählen Sie die gewünschte Admin-Funktion aus und drücken Sie 'ausführen'
Datenbankdatei: D:\Vorträge\2009\BDRh-Kongress_Berlin_15_5_09\RheumaDok_BDRh_Berlin.mdb

RheumaDok V3.5 E2

Datensatz: von 4740

Formularansicht

 BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN e.V.

Befunddokumentation, DAS28

RheumaDok - [RheumaDok: F_02_DAS_...]

Datei Bearbeiten Ansicht Einfügen Format Datensätze Extras Fenster ? Adobe PDF

Patient Nr.: 33135 Name: Grau Vorname: Wiebke Geburtsdatum: 18.09.1945

rechts links

Druckschmerzhafte Gelenke (DAS): 24
Druckschmerzhafte Gelenke (alle): 41

rechts links

Geschwollene Gelenke (DAS): 19
Geschwollene Gelenke (alle): 34

BSG: 22 Aktivität: 60 DAS berechnen errechneter DAS 28: 6,97

CRP: 1,99 [mg/dl] (Wertebereich 0,0 bis 99,9) errechneter DAS 28 (CRP): 6,86

Weitere klinische Befunde (Klartext-Eingabe):
Guter Allgemeinzustand, schlank, unauffälliger Hautbefund. Augen äußerlich unauffällig. Mundschleimhäute unauffällig. An der rechten Hand Tenosynovitis der Fingerstrecksehnen sowie aller Fingerbeugesehnen. Perifokalödem an beiden Knöcheln und beiden Füßen.

Hinweis: Es können maximal 80 druckschmerzhafte und 78 geschwollene Gelenke erfasst werden.

erfasst von: de la Camp am: 20.01.2009

Archiv-Datensatz Zum heutigen Datensatz Druckansicht

Datensatz speichern Zurück

Datensatz: 1 von 2

Formularansicht

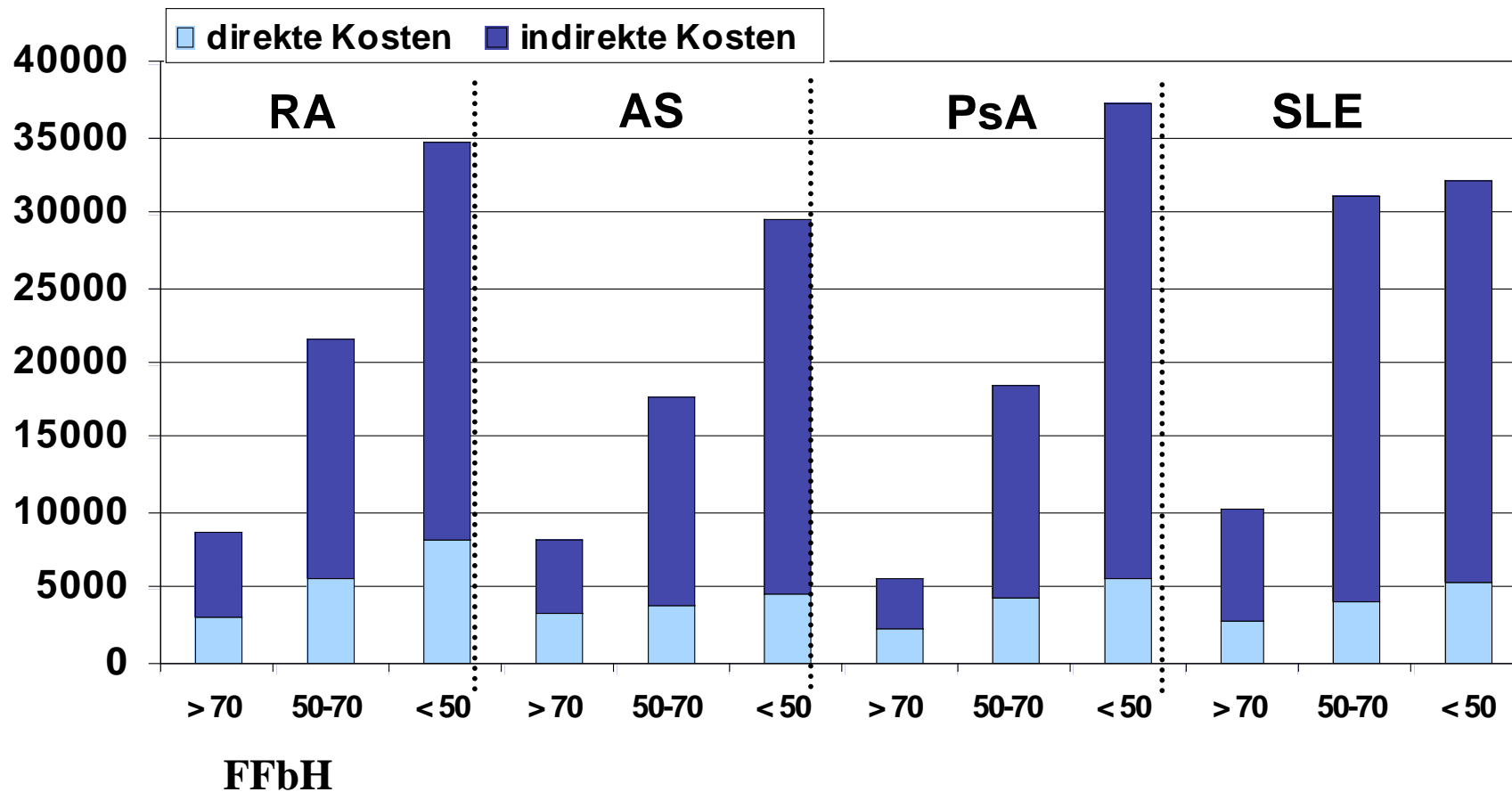
BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN e.V.

Versorgungskonzept rheumatoide Arthritis

Kosteneinsparpotential über bessere Versorgung

- Strukturierte kooperative Versorgung mit Leitlinien-Orientierung u. Therapie nach Zielgrößen reduziert Krankheitsaktivität
- weniger Krankheitsaktivität = weniger Funktionsverlust
= weniger Kosten

Mittlere Gesamtkosten in Euro pro Jahr nach Funktionsstatus und Krankheitsbild (Humankapitalansatz) Kerndokumentation 2002, Alter 18-65

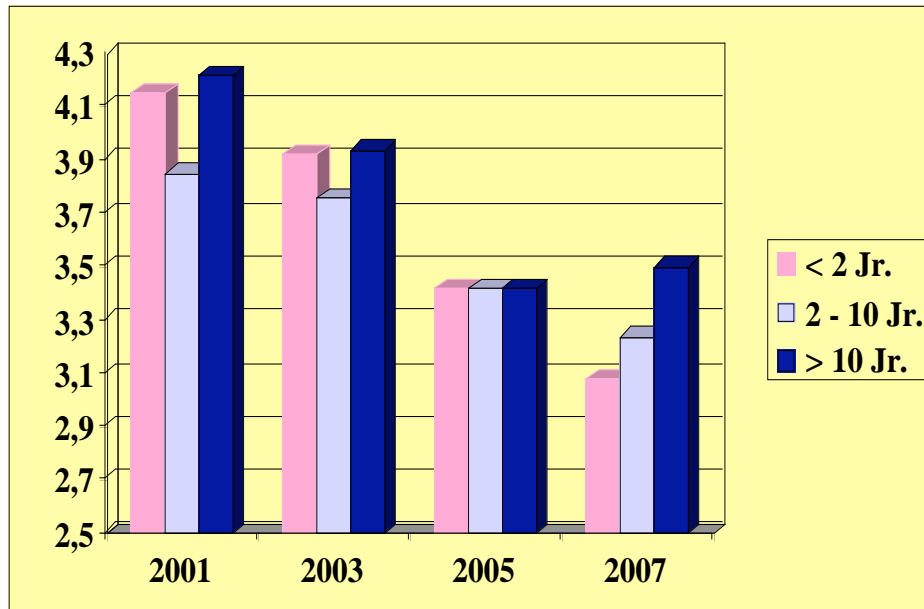


Krankheitsverlauf der RA-Patienten

Kerndokumentation 2001 - 2007

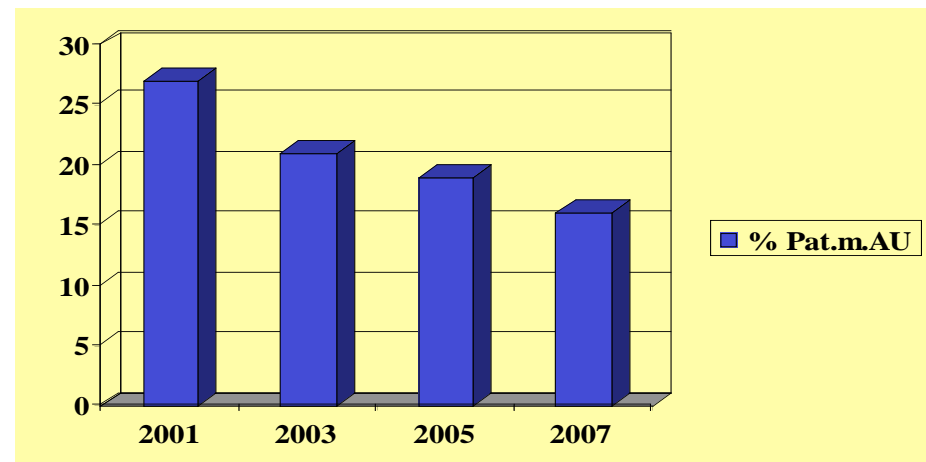
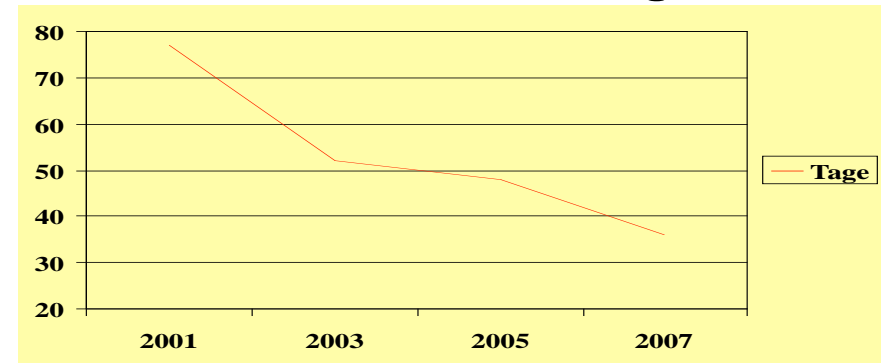
(787. Huscher D et al.)

Daten von 33405 Patienten aus der Kerndokumentation 2001 - 2007



Ø DAS 28

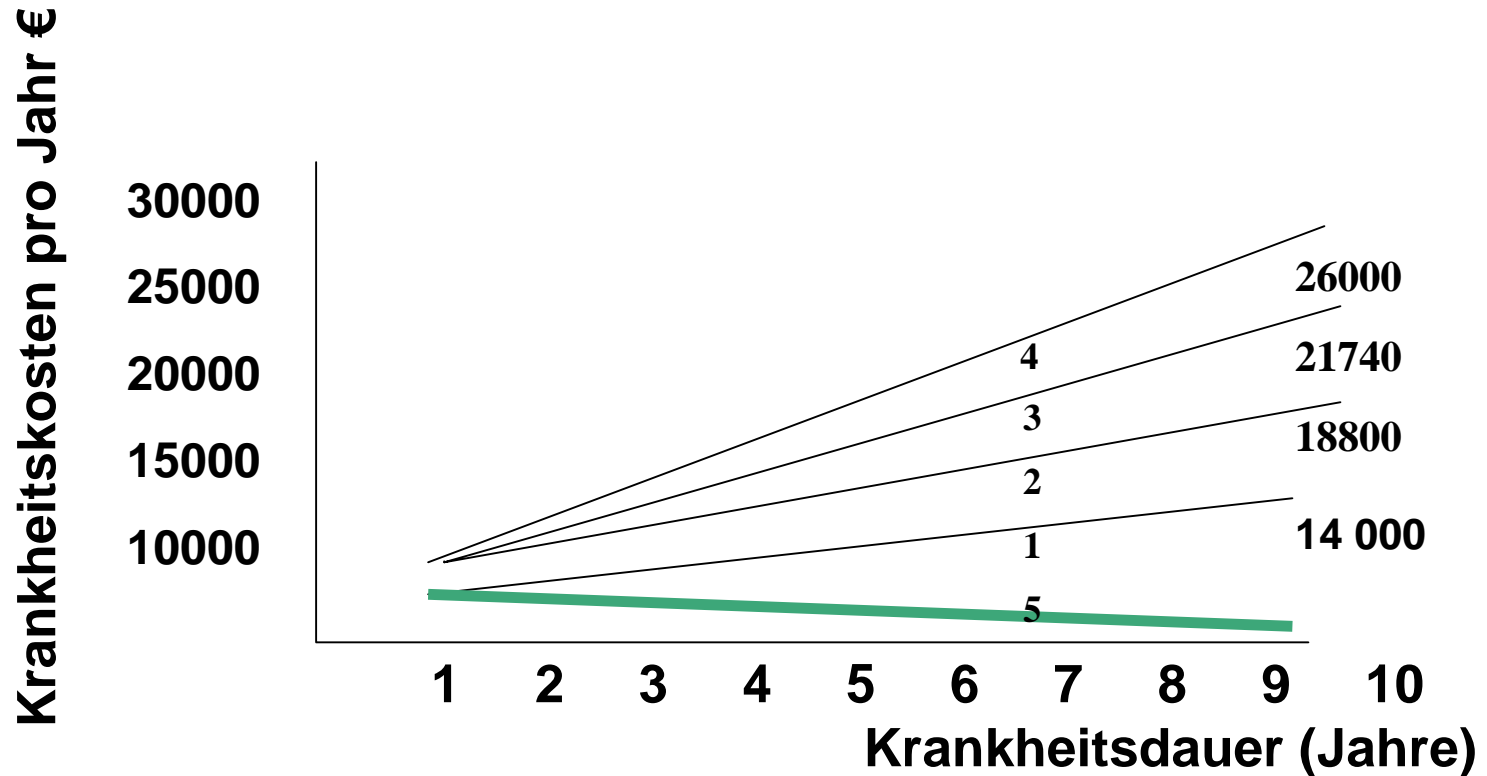
Ø AU-Dauer in Tagen



% Patienten mit AU

Szenario für Krankheitskosten

nach Mau 2004



1. Szenario - frühzeitige Überweisung nach 6 Wo mit geringem Anstieg des HAQ $0.034 / J = 400 \text{ €}$
2. Szenario - Überweisung nach 2 J, erst ab 3. J geringer Anstieg des HAQ
3. Szenario - Überweisung nach 7 J, progredienter Anstieg des HAQ
4. Szenario - keine kooperative Behandlung, rasche Funktionsverschlechterung $HAQ 0.13/J = 1.600 \text{ €}$
5. **Szenario - Versorgungskonzept – Remission – rückläufiger HAQ - geringere Kosten nach 10 J**

Versorgungskonzept rheumatoide Arthritis der **KBV-Vertragswerkstatt** und **Versorgungsanalyse, Versorgungskonzept der AOK**

- Analoge Defizitanalyse
- Analoge Handlungsvorgaben zur Optimierung der Prozessqualität
- Analoge Handlungsvorgaben zur Optimierung der Strukturqualität
- Innovative Handlungsvorgabe zur Verbesserung der Ergebnisqualität (**KBV**)
- Analoge Einschätzung eines Kosteneinsparpotentials (**BDRh** – **AOK**)

... das Versorgungskonzept rheumatoide Arthritis

- hat die Zielvorgabe einer bestmöglichen Versorgung
- verbessert Lebensqualität, Morbidität und Mortalität
- ist transparent und nachhaltig
- ermöglicht Benchmarking und Versorgungsforschung
- ist kosteneffizient und langfristig kosteneinsparend

- ist die richtige Antwort auf den medizinischen Fortschritt in der Rheumatologie
- ist im Interesse der chronisch Kranken
- ist im Interesse der Gesellschaft

... ist ethisch ohne Alternative