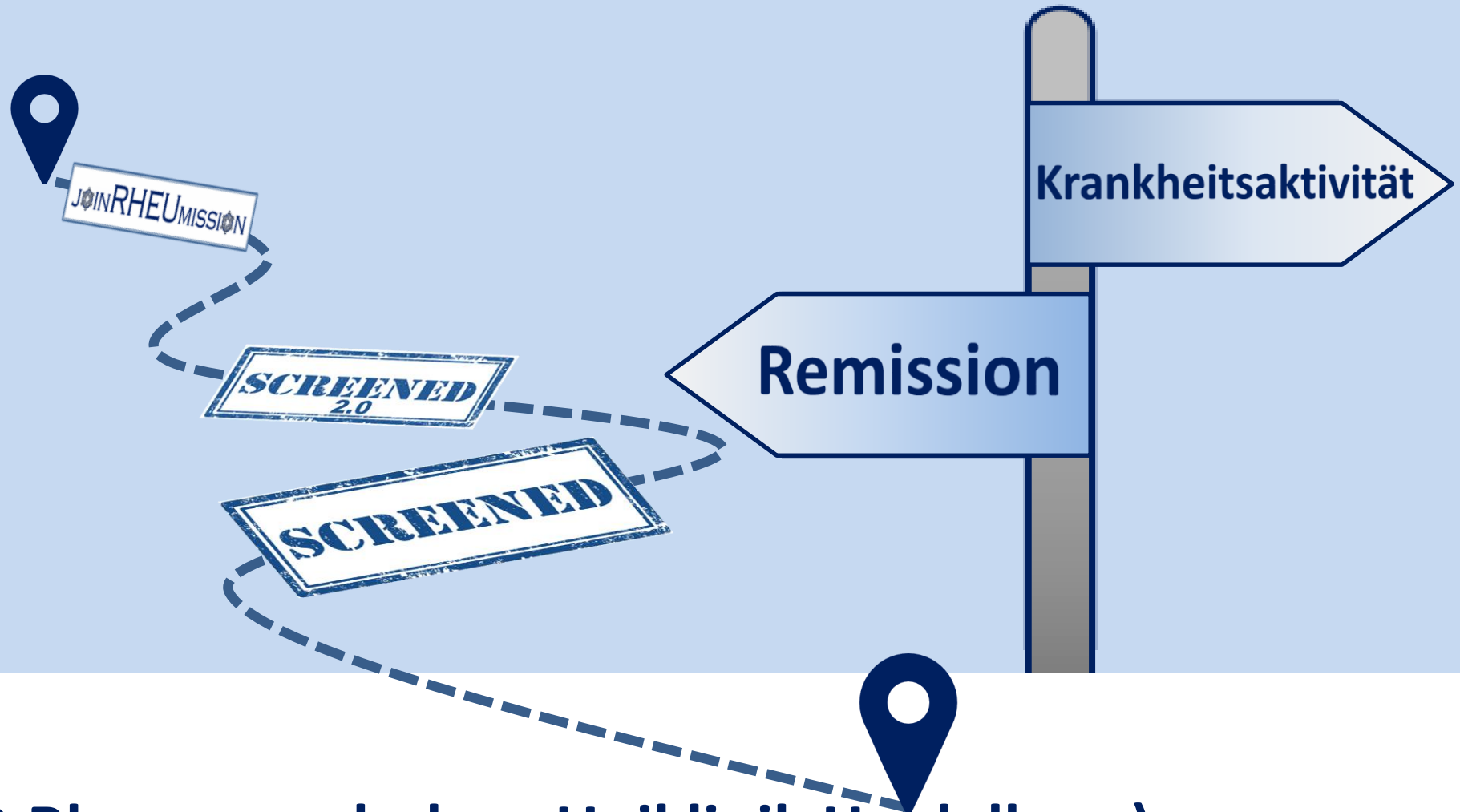




UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG



## Frühversorgung aus der Sicht @ Rheumaambulanz Uniklinik Heidelberg)

Karolina Gente

Frühjahressymposium 03.03.2023

## Unterstützung der SCREENED-Studie:

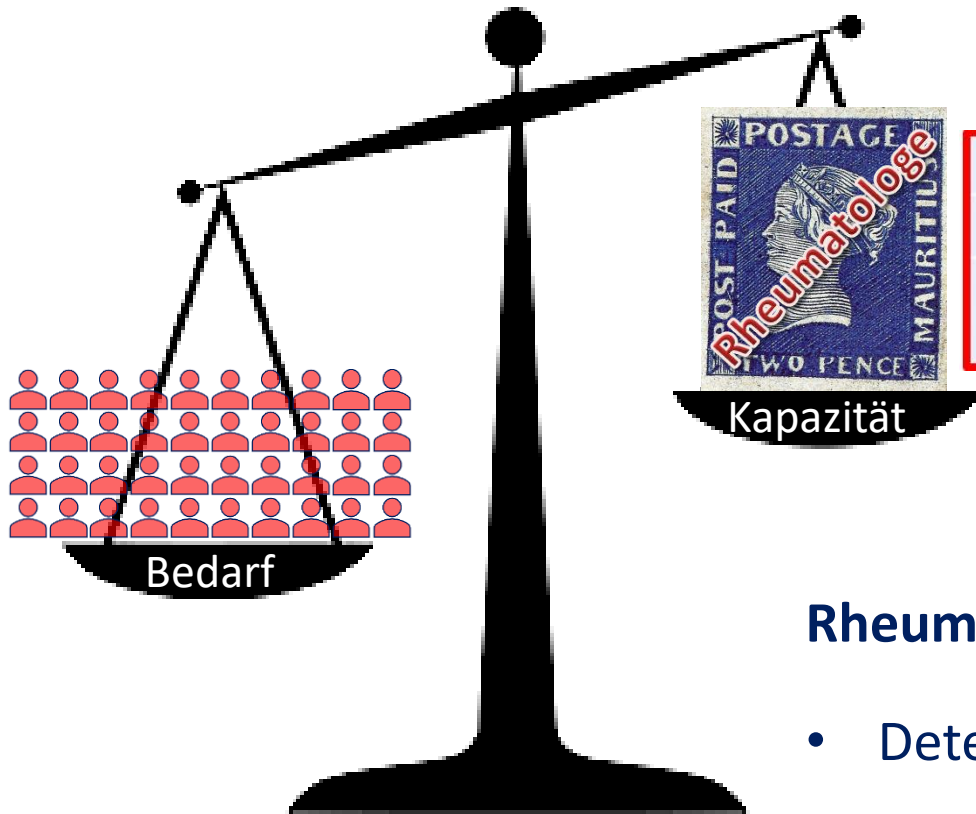
- Projektbezogene Unterstützung: Rheumaliga Baden-Württemberg e.V., Abbvie, Novartis
- Honoraria für Vorträge/Beratung: Abbvie, BMS, Gilead/Galapagos, Janssen, Lilly, Novartis

## Unterstützung des MalheuR-Projekts:

- Projektbezogene Unterstützung: Medizinische Fakultät (Olympia Morata Programm) und Stiftungskommission der Universität Heidelberg
- Honoraria für Vorträge/Beratung: Abbvie, BMS, Janssen, MSD, Sandoz, Viatrix

## Weitere Unterstützung:

- Honoraria für Vorträge/ Tagungs-/Reiseunterstützung : Medac, Mundipharma, Pfizer, Roche, UCB



Mindestbedarf	1350 Rheumatologen
Ist-Zahl	776 Rheumatologen
Mehrbedarf in der ambulanten Versorgung	574 Rheumatologen



Memorandum  
„Rheumatologische Versorgung von akut und  
chronisch Rheumakranken in Deutschland“

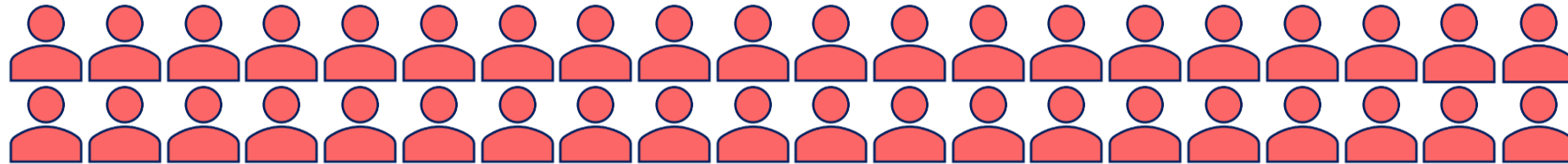
Zink et al., 2016

## Rheumatologie ist...

- Detektivarbeit  $\Rightarrow$  **zeit- und arbeitsintensiv**
  - personalisiert, innovativ  $\Rightarrow$  **kostenintensiv**
  - wenig im Medizinstudium präsent
  - in der Bedarfsplanung unterschätzt
- }  $\Rightarrow$  **unterrepräsentiert**

# Warum Frühversorgung? Status quo...

**Bedarf nach rheumatologischer Abklärung (ca. 25%) und ggf. Weiterbehandlung (ca. 2% in D):**



INTERDISZIPLINÄRE LEITLINIE

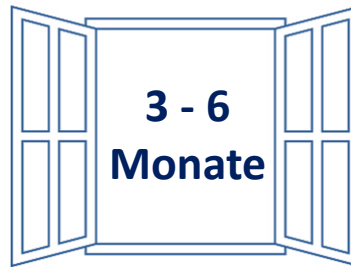
## Management der frühen rheumatoiden Arthritis

M. Schneider · G. Baseler  
 O. Funken · S. Heberger  
 U. Kiltz · P. Klöse · K. Krüger  
 J. Langhorst · W. Mau  
 R. Oltman · B. Richter  
 S. Seltz · P. Sewerin  
 R. Tholen · C. Weseloh  
 M. Witthöft · C. Specker

Leitlinie unter Federführung der:

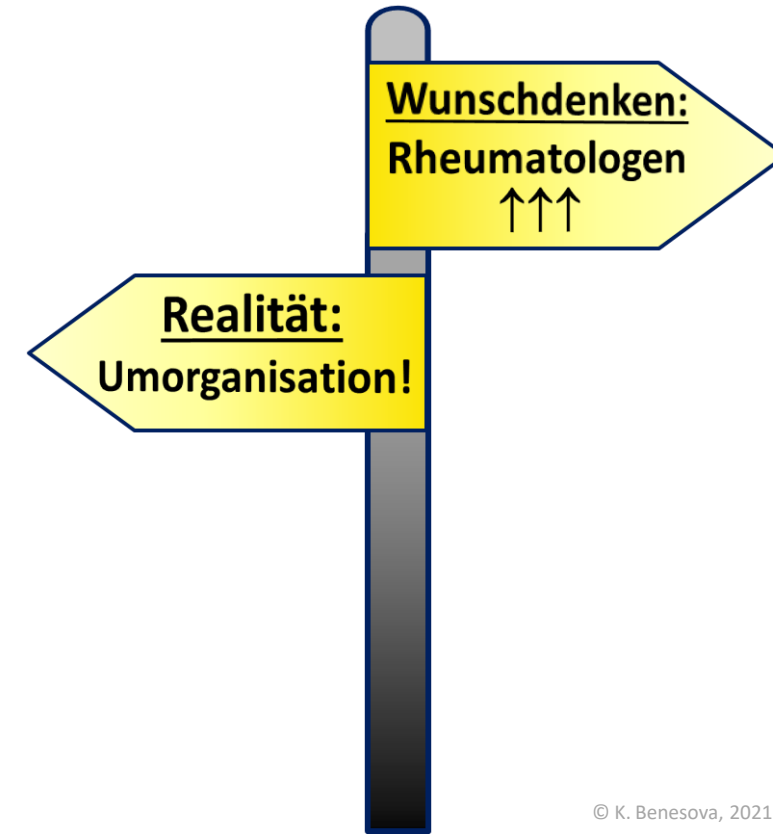
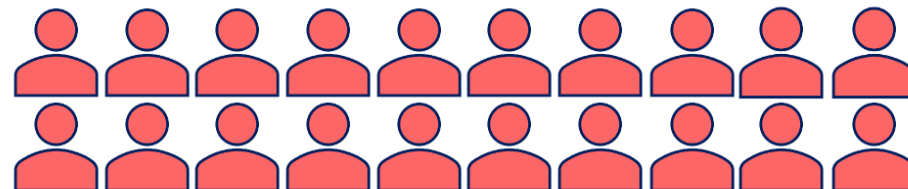


Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.



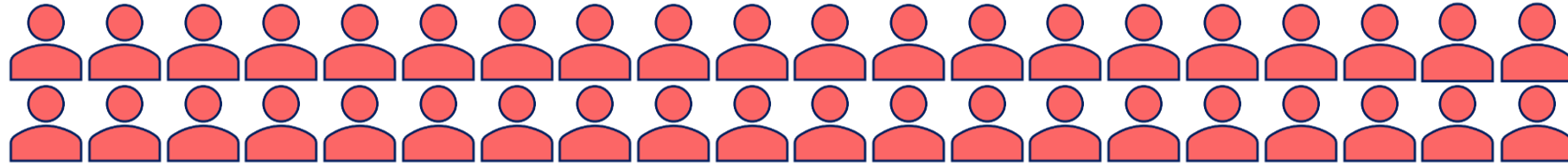
**Wartezeit auf ersten Termin @ Rheumatologe**  
 Ca. 6 Monate in vielen Regionen

**Tatsächliche Kapazität in der Rheumatologie:**

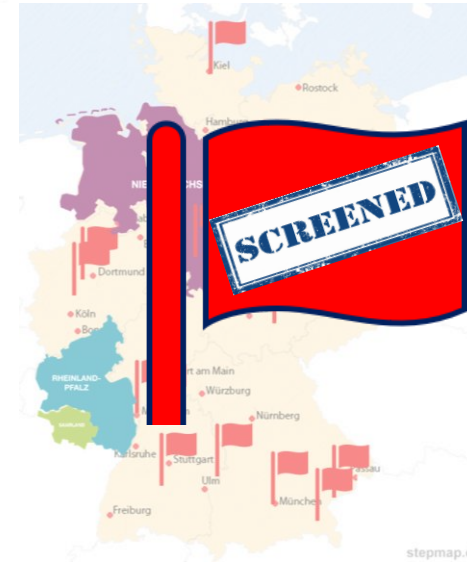
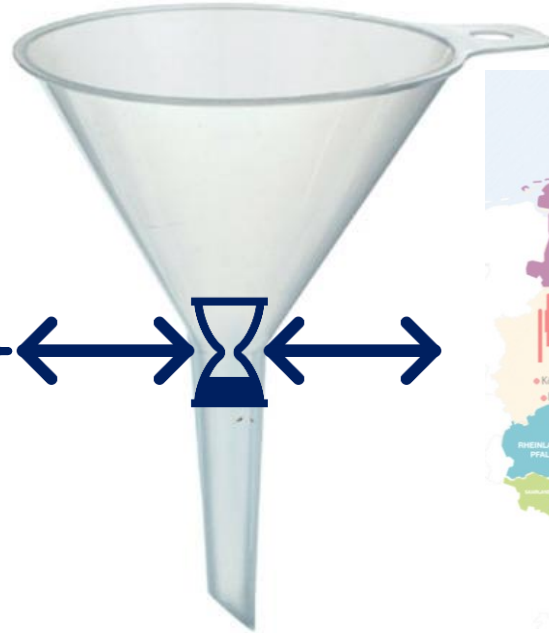


# Warum Frühversorgung? Lösungsansatz eines Engpasses...

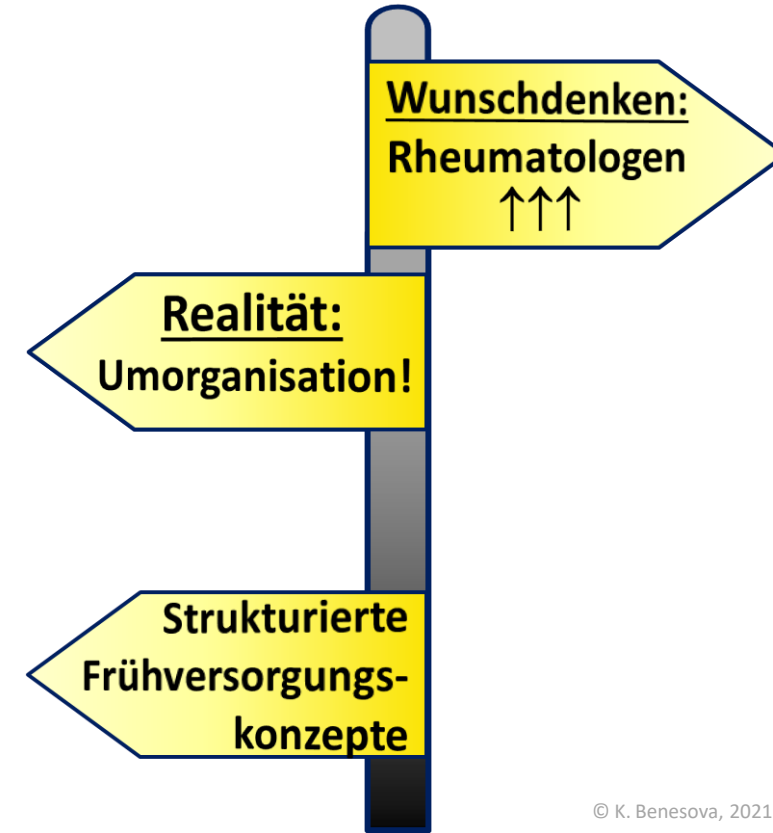
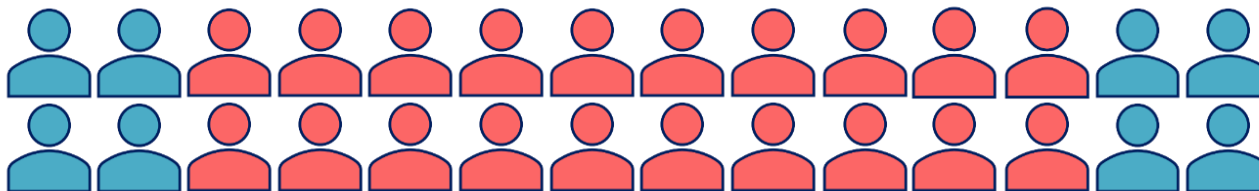
**Bedarf nach rheumatologischer Abklärung (ca. 25%) und ggf. Weiterbehandlung (ca. 2% in D):**



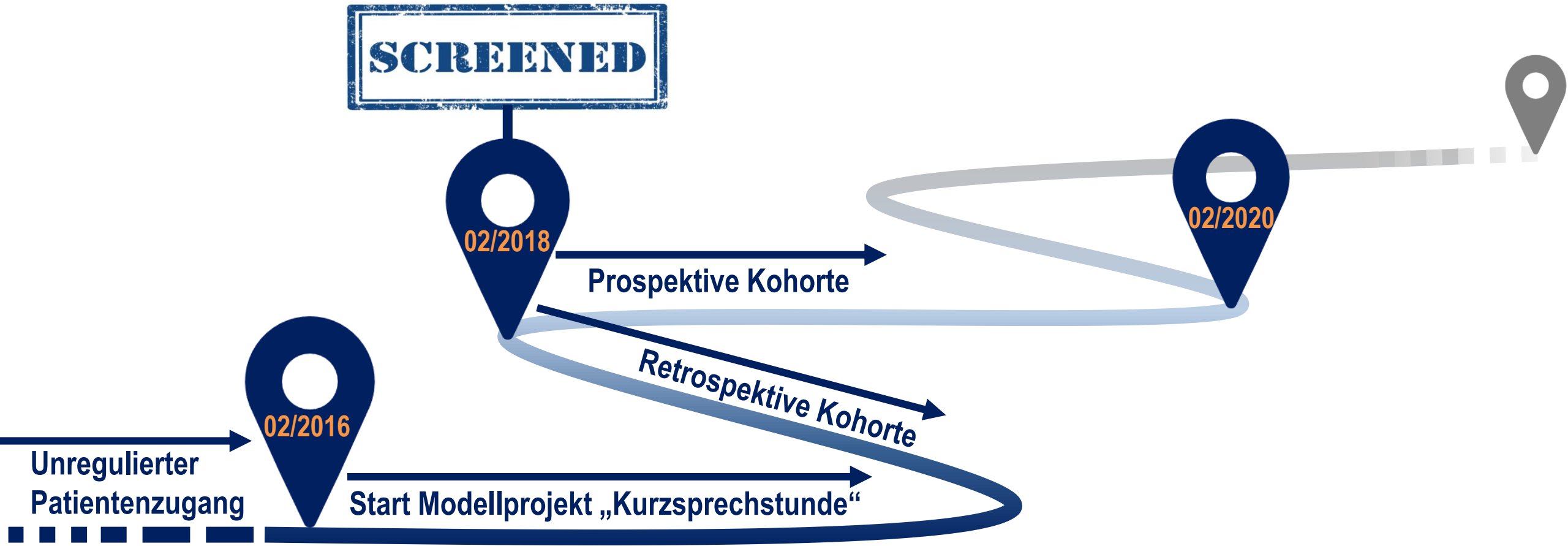
- ✓ besseres Langzeitoutcome
- ✓ Kapazitätsentlastung durch reduzierten Betreuungsbedarf des Einzelnen
- ✓ reduzierte langfristige direkte, indirekte und intangible Kosten rheumatischer Erkrankungen



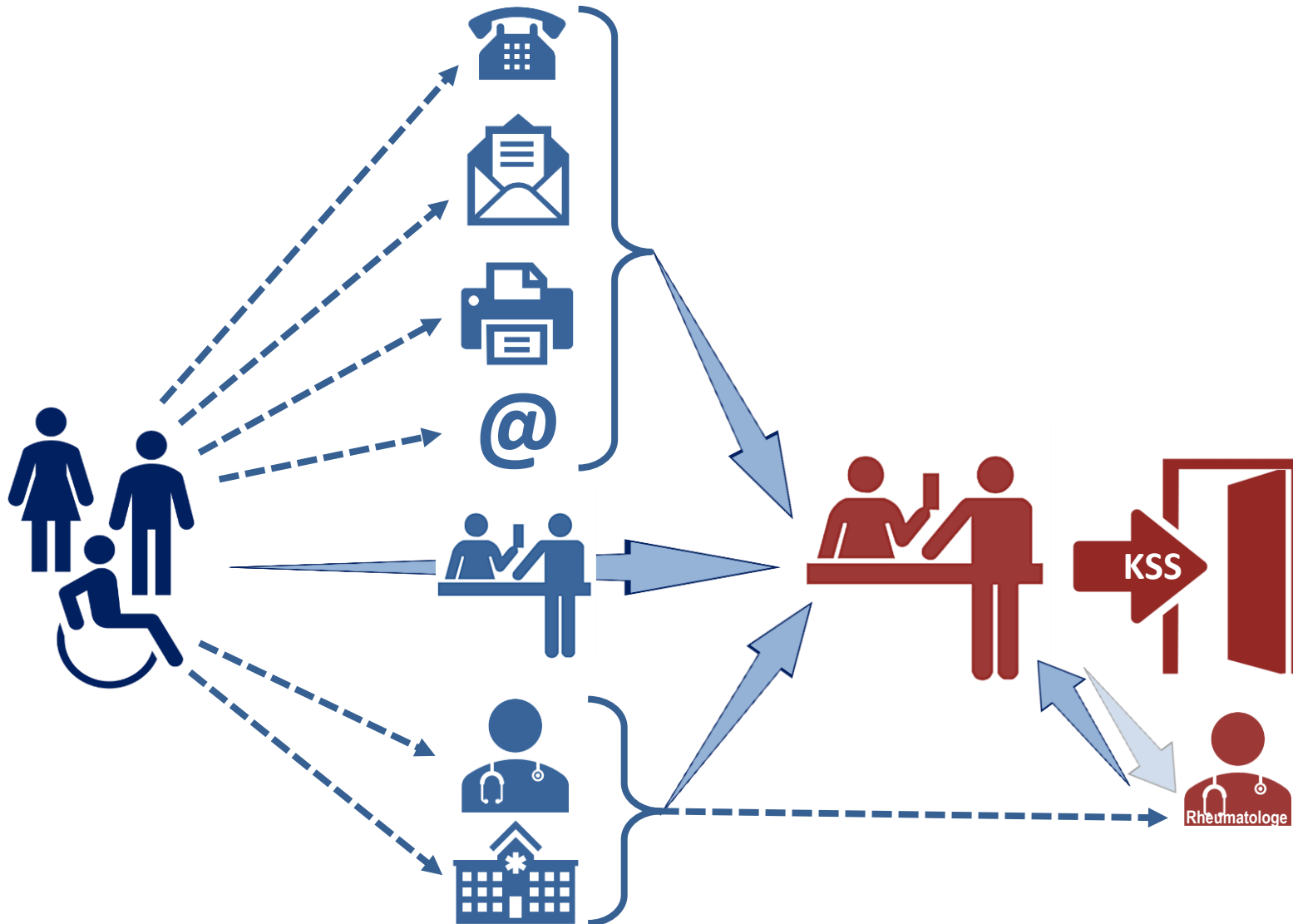
**Tatsächliche Kapazität in der Rheumatologie:**



# Entwicklungsstapfen der Frühversorgung in Heidelberg



# 1. Etappe: Retrospektive Kohorte 02/2016 – 01/2018



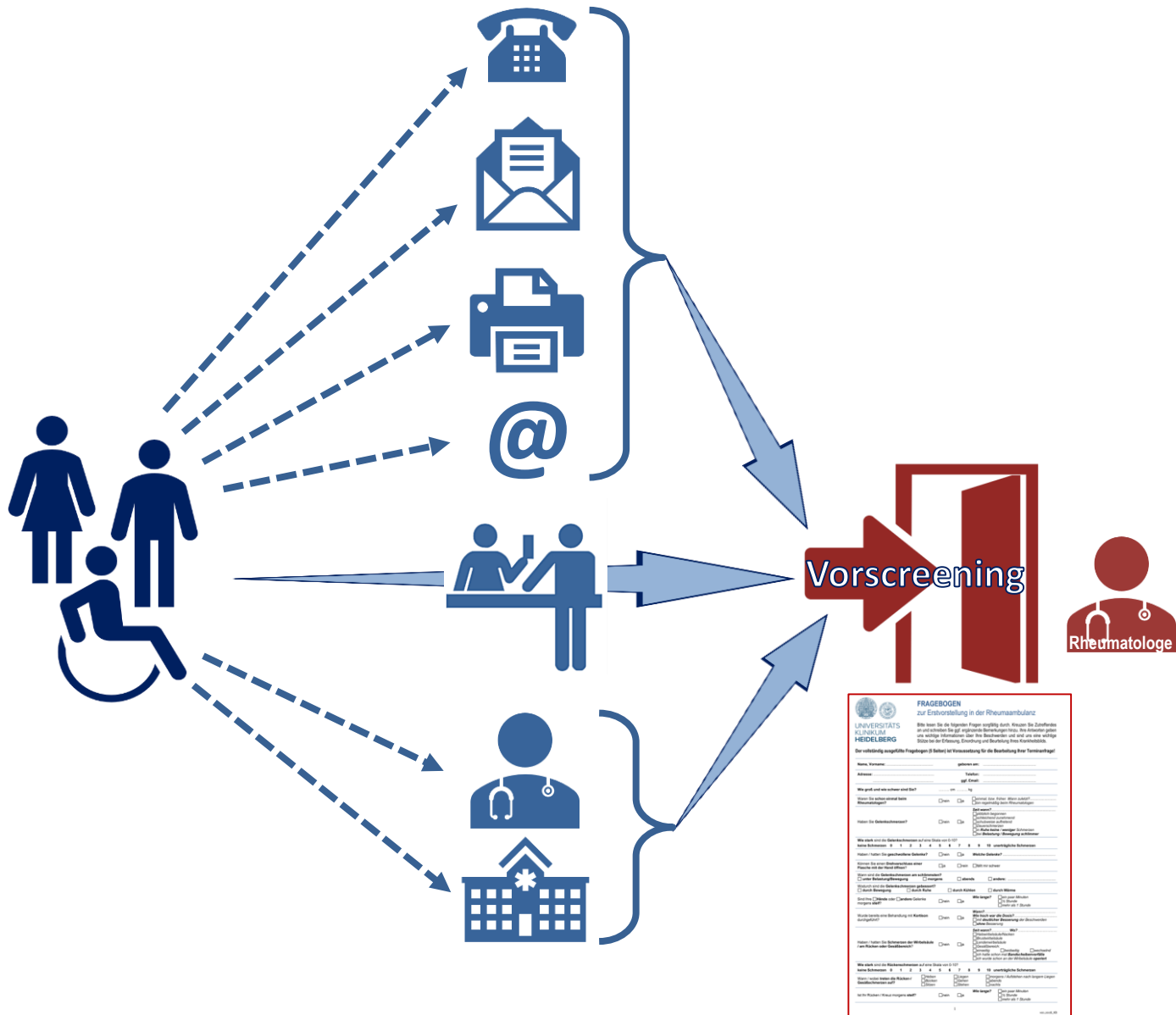
- Vergabe des nächsten freien KSS-Termins à 30 min (statt vorher 60 min für jeden)**
- 6h/Woche reserviert für Neuvorstellungen
  - ca. 3 Wochen später, aber ohne Diagnostik
  - „first come first serve“
  - selten Indikationsprüfung vor KSS
  - selten Dringlichkeitsprüfung vor KSS
  - emotionale Einflussnahme möglich











### Vorteile:

- ⇒ Effizientere Kapazitätsnutzung durch Vorscreening
- ⇒ EV in KSS häufiger im „Window of Opportunity“
- ⇒ Weniger komplexe Fälle (KSS): externe Verlagerung der Diagnostik
- ⇒ Höhere Erscheinungsquote
- ⇒ Geringe 2./3./...-Meinungsquote
- ⇒ Reduzierte Fehlzuweisungsquote
- ⇒ Geringer Spielraum zur emotionalen Einflussnahme beim nicht-ärztlichen Personal

### Nachteile:

- ⇒ Vorscreening zeitintensiv für Arzt

### Folgen:

- ⇒ Durch hohe Rate „Richtig positiver“ zunehmende Kapazitätsauslastung für die Weiterbehandlung

The screenshot shows a questionnaire titled "FRAGENBÜCHER zur Erstvorstellung in der Rheumaambulanz" from the University of Heidelberg. It includes fields for patient name, address, and date. The questionnaire contains various questions about the patient's medical history, symptoms, and previous treatments, with checkboxes for "ja" (yes) and "nein" (no). The form is designed to gather detailed information for the initial consultation in a rheumatology clinic.



**SCREENED**

**nützt...!**

**aus**

- ✓ organisatorischen
  - ✓ versorgungstechnischen
  - ✓ medizinischen
  - ✓ ökonomischen
  - ✓ patientenzentrierten
- Blickwinkeln**



**... stellvertretend für weitere Frühsprechstundenmodelle**



## als Lösungsansatz

**...ist in erster Linie:**

**bereits jetzt ein effizienter und nutzenbringender  
Versorgungsansatz für Patienten in der Rhein-Neckar-Region**

**...ist (wie fast alle Modelle?!) noch nicht der Weisheit letzter Schluss**

- × Arztzeit-intensiv**
- × suboptimal in der Nachsorge**
- × nicht universell einsetzbar**

**✓ SCREENED 2.0**

**✓ Projekt joinRHEUmission**





Rheuma macht alles zur Qual.  
**Früherkennung rettet.**

Es sollte aber gefordert werden, daß **alle rheumatischen Beschwerden diagnostisch einwandfrei geklärt werden** und daß eine gezielte und kontrollierte Behandlung erfolgt. Dazu wünschen wir uns einmal einen rheumatologisch besser fortgebildeten praktischen **Arzt** und zum anderen dessen **vertrauensvolle Zusammenarbeit** mit einem Rheumatologen am Wohnort. Eine solche Symbiose bringt dann ganz von selbst auch einen **erheblichen Erkenntnisgewinn** für den praktischen Arzt.

# Oliver Sander Klinik für Rheumatologie HHU Düsseldorf

- **Vortragshonorare**
  - Rheumazentrum Rhein Ruhr
  - Rheumazentrum Magdeburg-Vogelsang
  - Rheumaakademie Berlin
  - MedKom Akademie München
  - Actelion, Lilly, Abbvie, Janssen, Chugai, UCB, EUSA
- **Beratertätigkeit**
  - Boehringer, Abbvie, EUSA, SOBI





# Frühversorgung mit Nachhaltigkeit

Hohe Rate „falscher“ Zuweisungen (>75%) durch „falsche“ Lehre

- Sensibilisierung für entzündlich rheumatische Erkrankungen (Lupus)
- Kenntnis operativer Lösungen und medikamentöser Therapien
- Wenig Kompetenz für alltägliche muskuloskelettale Beschwerden
- Wenig Kompetenz im Ausschluss von Erkrankungen
- Abgabe der Verantwortung/Sicherheitsdenken
- Kommunikationsprobleme

Zu niedrige Nachwuchsraten für die Rheumatologie

- Geringe universitäre Präsenz
- Geringe Zahl an attraktiven Weiterbildungsstellen



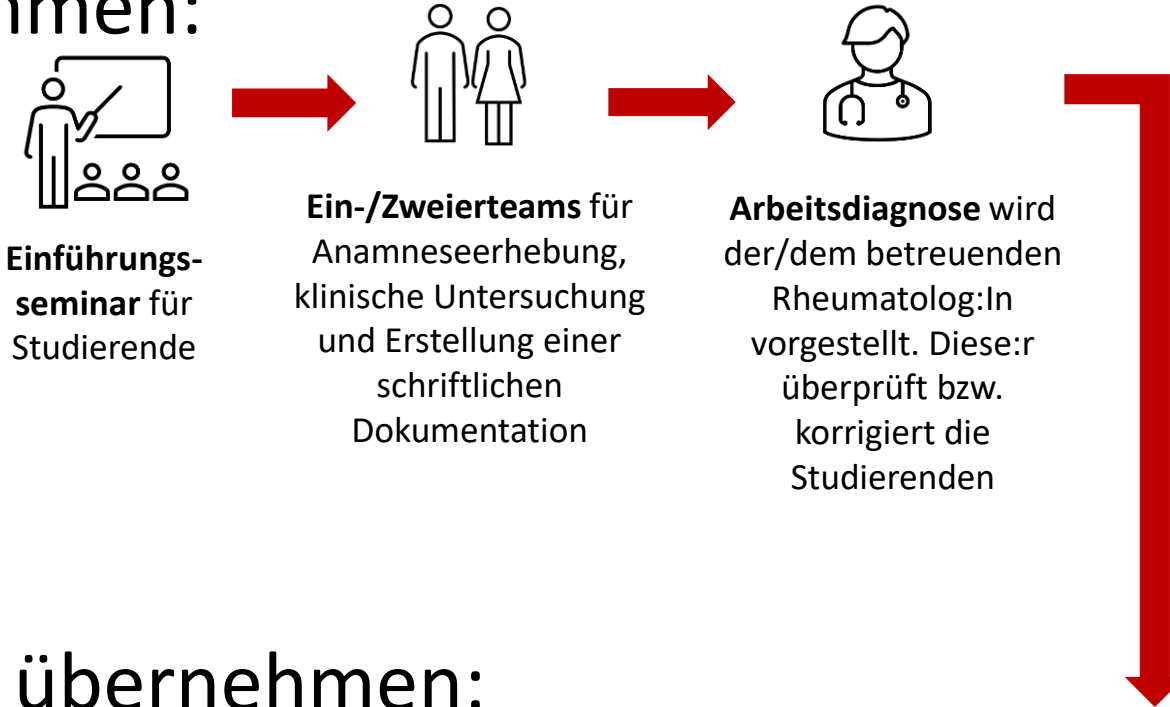
# Frühversorgung mit Nachhaltigkeit

Düsseldorfer Kampagne gegen unerkanntes Rheuma DKUR

- Studierende (Wahlfach) übernehmen Anamnese/Untersuchung/Besprechung/Brief
- 1 Rheumatolog:In 6 Stunden/Woche
- Kapazität 10 Patient:Innen/Woche und 4 Studierende/Monat
- Keine Vorselektion (außer Wohnort, Zweitmeinung)
- Run-in / seit Covid19 kurzfristige Termine < 2 Wochen
- 12 Jahre „run-in“ Sprechstunde, 6 Jahre DKUR

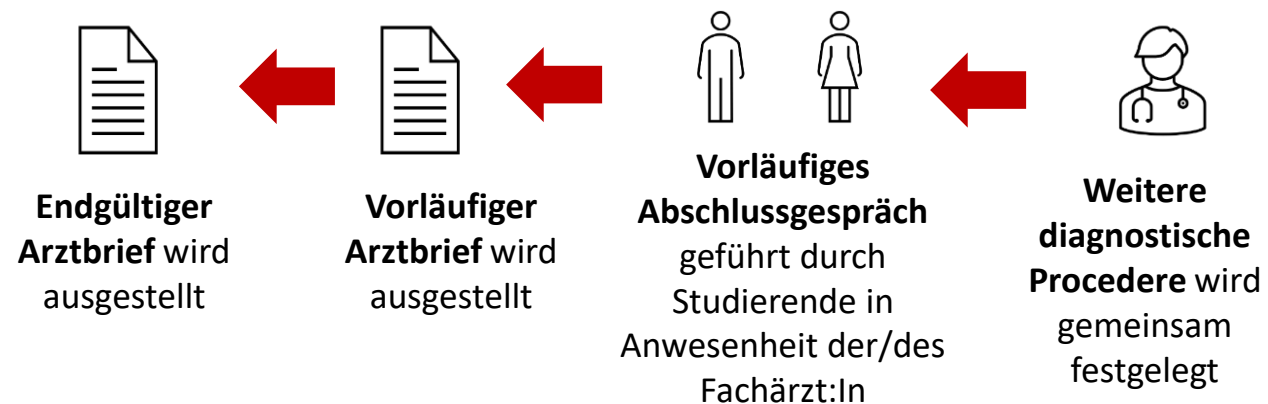
## Studierende übernehmen:

- Anamnese
- Untersuchung
- Dokumentation
- Vorstellung
- Kommunikation
- Brief



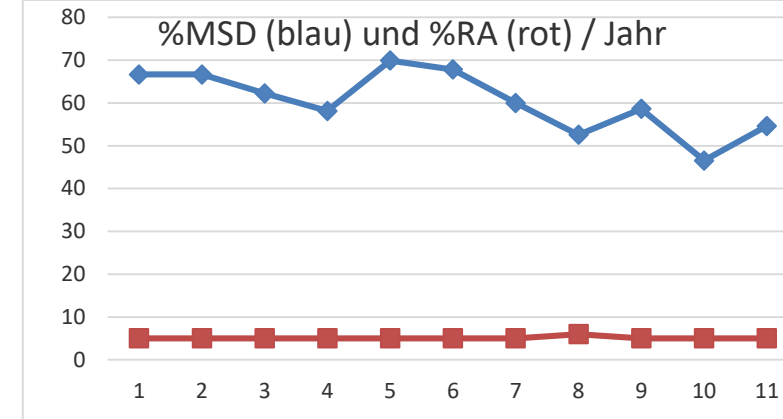
## Rheumatolog\*Innen übernehmen:

- Einführung
- Supervision
- Abnahme



# Entwicklung der Versorgungszahlen

Alle „Run-in“ Patient:Innen (70% der Neuvorstellungen)  
 neue muskuloskelettale Erkrankung (MSD, ICD10 M)  
 Rheumatoide Arthritis (RA, ICD 10 M05 und M06.0)



Jahr (*Start im Mai)	11*	12	13	14	15	16	17	18	19	20	MW
"Run-in"-Patienten	171	384	325	359	351	350	388	324	318	346	331,6
KHD (Monate, Median)	8,0	8,0	12,0	9,0	7,0	8,0	7,0	6,0	8,0	9,0	8,2
<b>MSD (in % aller)</b>	<b>66,7</b>	<b>62,2</b>	<b>58,2</b>	<b>69,9</b>	<b>67,8</b>	<b>60,0</b>	<b>52,6</b>	<b>58,6</b>	<b>46,5</b>	<b>54,6</b>	<b>60,4</b>
KHD (Monate, Median)	7,5	7,0	13,0	9,0	10,0	8,0	8,0	7,0	9,5	9,0	8,8
<b>RA (in % aller)</b>	<b>8,2</b>	<b>5,5</b>	<b>7,4</b>	<b>7,5</b>	<b>9,1</b>	<b>7,7</b>	<b>7,5</b>	<b>9,6</b>	<b>10,1</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>
KHD (Monate, Median)	4,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	7,0	2,8
KHD 0-3 Monate %	50,0	55,0	66,7	55,6	62,5	59,4	58,6	54,8	62,5	44,0	56,9
KHD ≤ 6 Monate %	57,1	70,0	83,3	85,2	75,0	68,8	65,5	67,7	81,3	48,0	70,2
KHD ≤ 12 Monate %	78,6	85,0	91,7	96,3	84,4	75,0	82,8	74,2	84,4	64,0	81,6

# Versorgungszahlen MSD nach ICD 10

ICD10 =M	n=	%	KHD	Weibl (%)	Alter
M01	6	0,2			
M02	19	0,6			
M03	10	0,3			
M05	127	4,3	3	66	61
M06.0	97	3,3	2	65	60
M06.1	7	0,2			
M06.9	6	0,2			
M07	91	3,1	6	38	46
M08	11	0,4			

RA

PsoA

# Versorgungszahlen MSD nach ICD 10

ICD10 =M	n=	%	KHD	Weibl (%)	Alter	
M10	40	1,3	4	20	60	Gicht
M11	37	1,2	4	55	59,5	Pseudogicht
M12	22	0,7				
M13	64	2,2	2	60	44	
M14	8	0,3				
M15-M19	416	14,0	18,5	82	57	Arthrose
M21-M24	5	0,2				
M25	45	1,5				

# Versorgungszahlen MSD nach ICD 10

ICD10 =M	n=	%	KHD	Weibl (%)	Alter
M30	3	0,1			
M31.3	3	0,1			
M31.4	3	0,1			
M31.5/6	22	0,7	1	73	75
M31.7	5	0,2			
M31.8	5	0,2			
M32	24	0,8	2	76	39
M33	3	0,1			
M34	21	0,7			

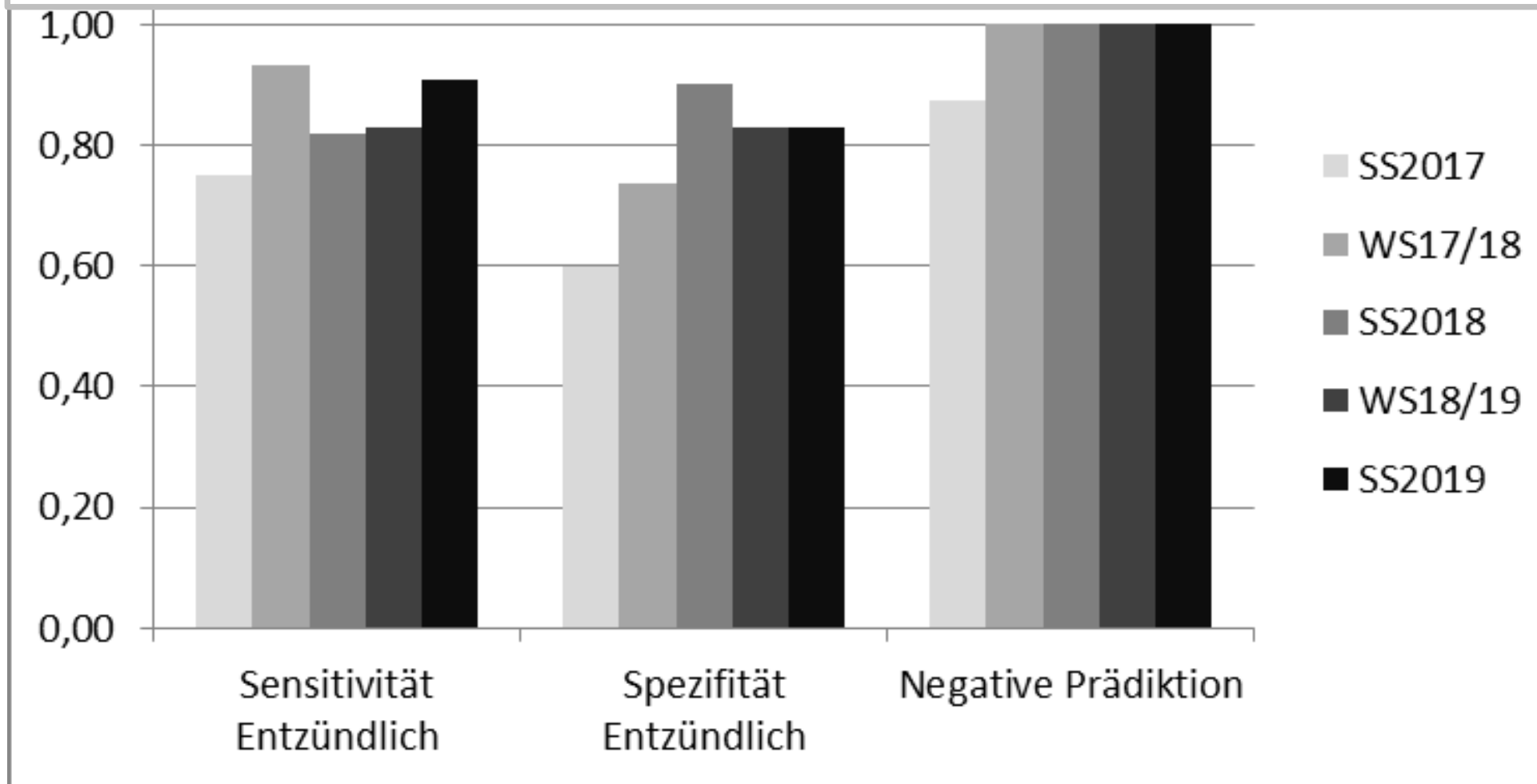
RZA

SLE



# Studentische Untersuchung

Vergleich zu ärztlichem Befund n=129



# Studentische Perspektive

## Erwartungen

- Spannung auf Reaktion der Patient:Innen
- Erwartung praktische Kompetenz zu erlangen
- Einblick in die Rheumatologie

## Praktische Erfahrungen

- Entwickeln einer eigenen Untersuchungsstrategie
- Ergänzung und Evaluation der eigenen Befunde und Untersuchung nach Arzt/Ärztinnengespräch
- Erkennen von typischen Pathologien
- Behandlung nicht entzündlicher Erkrankungen

# Erkenntnis

- Zeitersparnis durch Wegfall von Vor-Screening
- Verkürzung der Latenz zwischen Symptombeginn und Diagnose der RA
  - bei 60% unter 3 Monaten, bei 75% unter 6 Monaten
- Stabiler selbstregulierter Bedarf mit wenig Dynamik
  - Zuweisungen ohne unvorhersehbare Schwankungen
  - Zuweisungsqualität ist gleichbleibend schlecht
- Großes Spektrum vorgestellter Erkrankungen
  - 45 ICD10-M Diagnosegruppen, viele Erkrankungen sehr selten
- Delegation an Studierende ist möglich und sinnvoll
- Projekte dieser Art sind nur im Team realisierbar

Frühe Diagnosestellung = Remission

Frühe Diagnosestellung = Machbar

Diagnosestellung = Lehrreich

Remission = Realität

jetzt handeln

Zukunft sichern



# Frühversorgung ist mehr als nur die Frühsprechstunde...



... viele Frühsprechstundenzentren sind mit den Kapazitäten am Limit, die engmaschige Nachsorge wird dadurch erschwert.

Hier liegt vor allem das Potenzial der Delegation und digitaler Tools.

# Wie kann Frühversorgung flächendeckend funktionieren?

Meine Antwort: wenn an jedem Standort die drei Säulen:

- 1) Frühsprechstunde & strukturierter Zugang
- 2) Digitalisierung
- 3) Delegation integriert sind.

Wie soll das denn funktionieren???

- ✓ angepasst an lokale Besonderheiten
- ✓ im individuellen Ausmaß und
- ✓ kooperativen Austausch



**Zugang**

**Weiter-  
behandlung**

inkl. RFA-Sprechstunde,  
Apps, uvm.

**Erstabklärung**

Früh-/Screeningsprechstunde

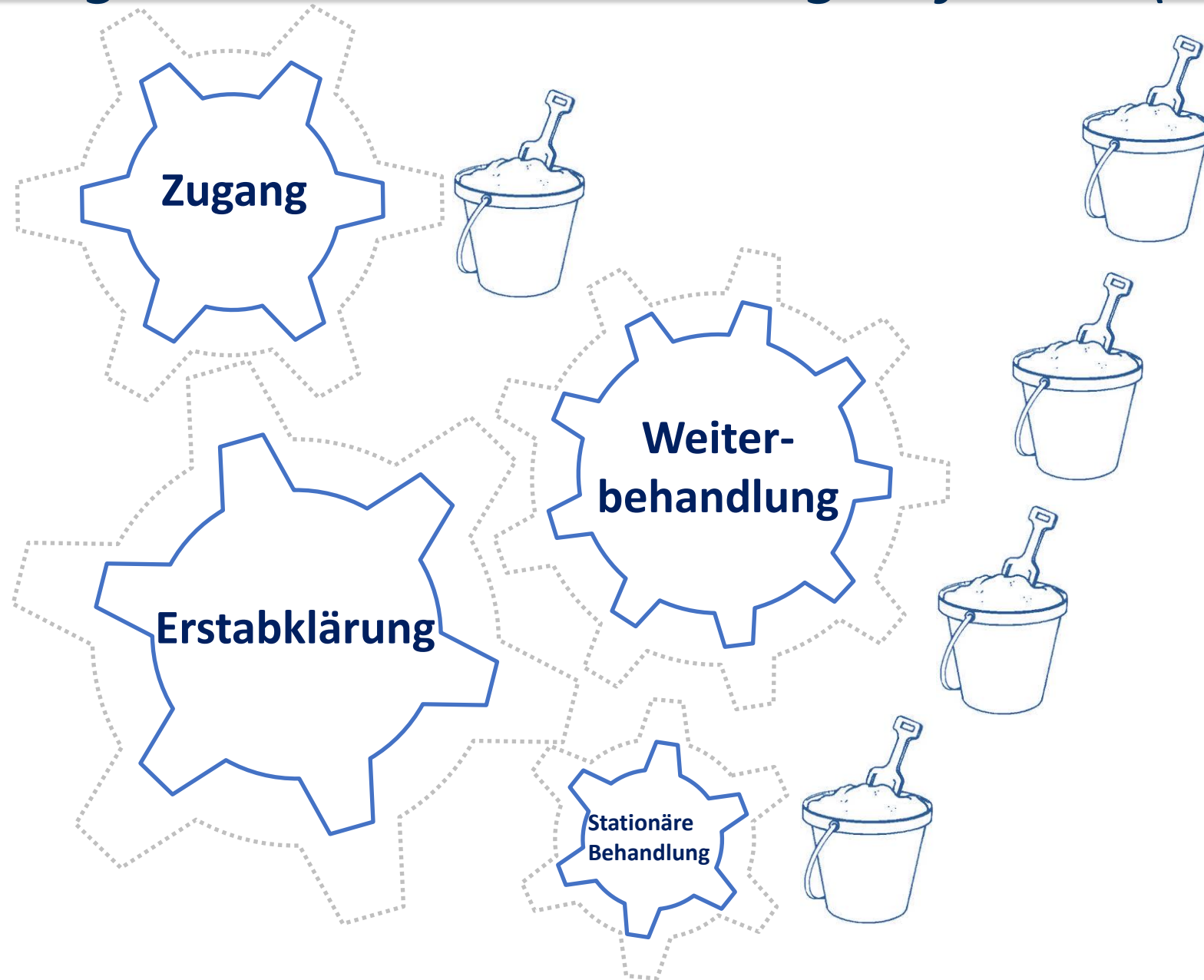
**Stationäre  
Behandlung**

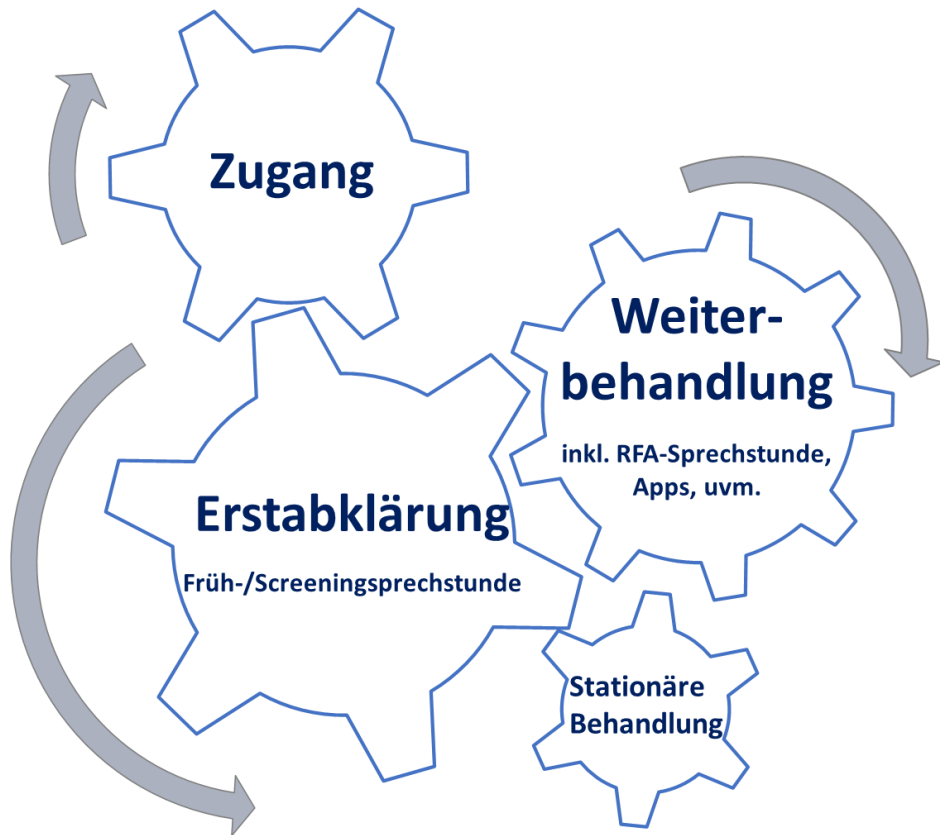
# Sand im Getriebe der Frühversorgung jenseits des Engpasses





# Folgen des Nachwuchsmangels für die (Früh-)versorgung





- Können Screening-Tools/Fragebögen sensitiv genug Patienten erfassen bzw. welche Fehlerrate gestehen wir uns zu?
- Sollten auch Patienten mit sehr niedriger Wahrscheinlichkeit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung einmal gesehen werden?
- Muss das „Screenen“ automatisch zu mehr Patienten führen?
- Können Studierende, RFAs und/oder KI überall zur Entlastung der Facharzt-Ressource eingebunden werden?
- Was tun bei Menschen mit Sprachbarriere?

# Frühversorgung – Beispiele im NKLM

## Studierende beherrschen ...

- VII.2-01 ... die methodischen Grundlagen und den Ablauf der Diagnostik sowie den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit, Risiken von Diagnostik und Überdiagnostik und diagnostischen Ergebnissen im Niedrigprävalenzbereich.
- VII.2-02.1.4 ... für das Immunsystem indikationsgerecht zu bestimmende Laborparameter und interpretieren den Laborbefund im klinischen Kontext.
- VII.2-02.1.12 ... für das muskuloskeletale System indikationsgerecht zu bestimmende Laborparameter ...
- VII.2-03.2.3 ... Indikationen und Kontraindikationen für Röntgenaufnahmen ...
- VII.3-14.2.3 ... die pharmakologischen Prinzipien einer antiphlogistischen Therapie am Beispiel häufiger Erkrankungen/Konsultationsanlässe.
- VIII.1-03.7 Sie können ihr ärztliches Handeln an der Patientin oder am Patienten evidenzbasiert planen und patientengerecht kommunizieren.
- VIII.2-02.1 Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu erhalten.

# Frühversorgung – Beispiele im NKLM

## Studierende ...

- VIII.2-02.4 ... sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit den Patientinnen und Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen.
- VIII.2-02.5 ... vermitteln Informationen, insbesondere Diagnosemitteilung, und Erklärungen achtsam und verständlich, ermutigen zu Nachfragen und Diskussionen und berücksichtigen das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Beteiligung.
- VIII.2-02.6 ... gestalten Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und möglichen Folgen der Urteilsbildung (Partizipative Entscheidungsfindung/ Shared Decision Making).
- VIII.2-02.7 ... sind in der Lage, die weiteren, insbesondere diagnostischen und therapeutischen Schritte zu planen und ein Patientengespräch abzuschließen.
- VIII.5-07.1 .. planen die eigene Karriere und identifizieren den persönlichen Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarf. **Helpen wir Ihnen dabei**