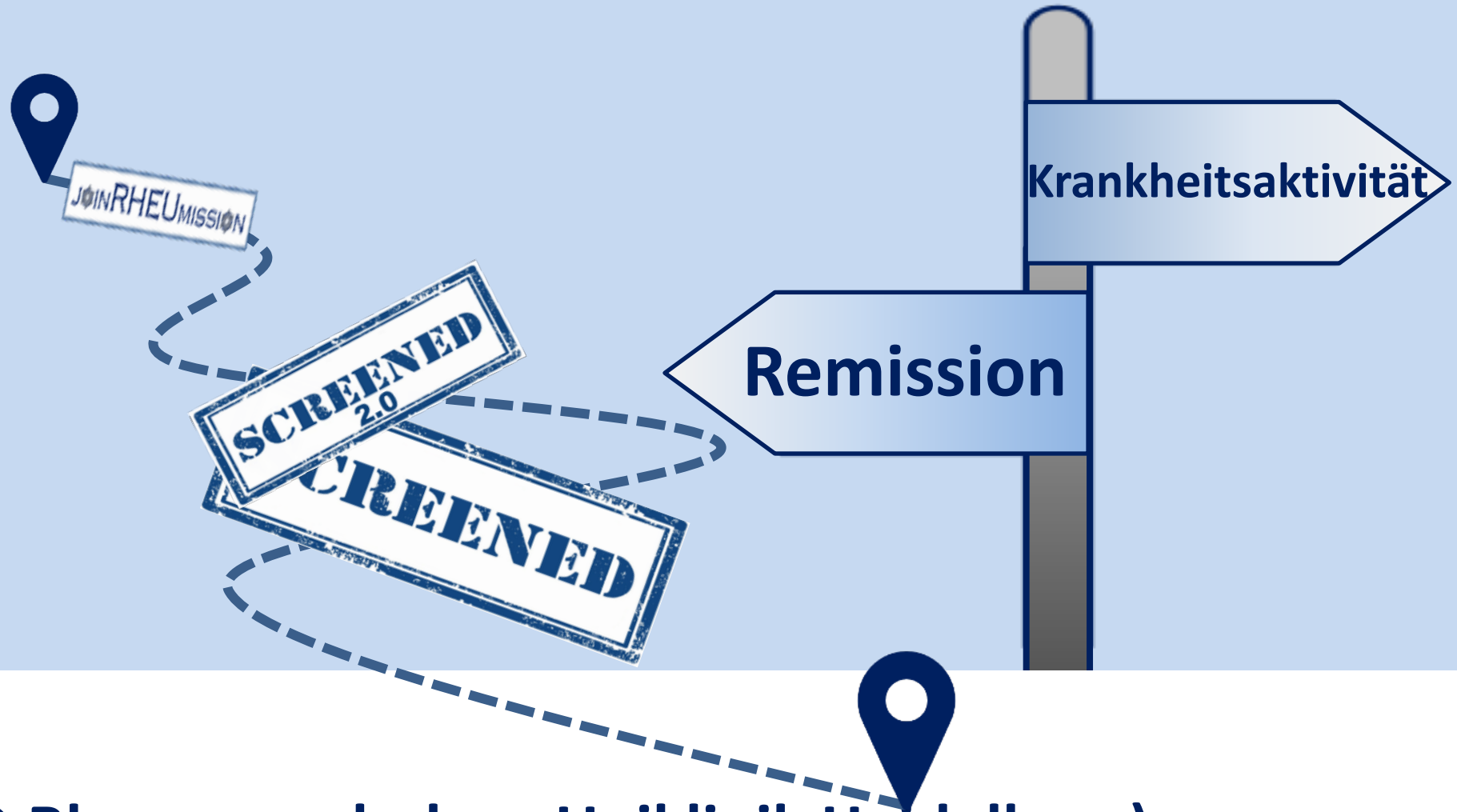




UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG



# Frühversorgung aus der Sicht @ Rheumaambulanz Uniklinik Heidelberg)

Karolina Gente

Frühjahressymposium 03.03.2023

## Unterstützung der SCREENED-Studie:

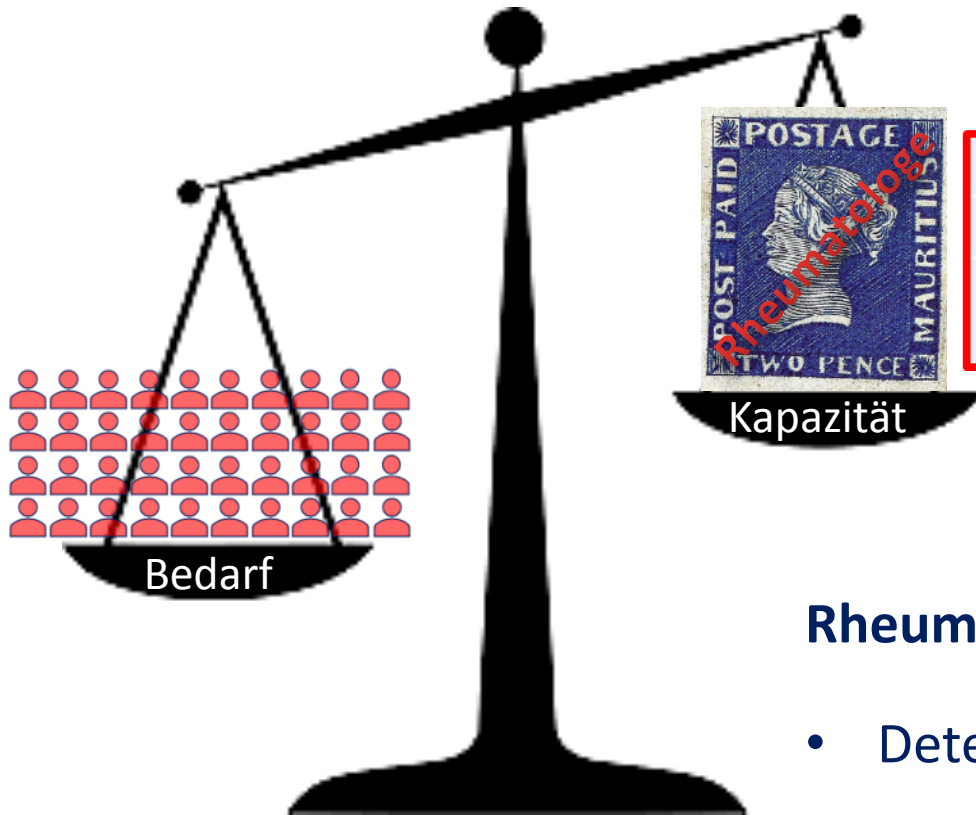
- Projektbezogene Unterstützung: Rheumaliga Baden-Württemberg e.V., Abbvie, Novartis
- Honoraria für Vorträge/Beratung: Abbvie, BMS, Gilead/Galapagos, Janssen, Lilly, Novartis

## 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“

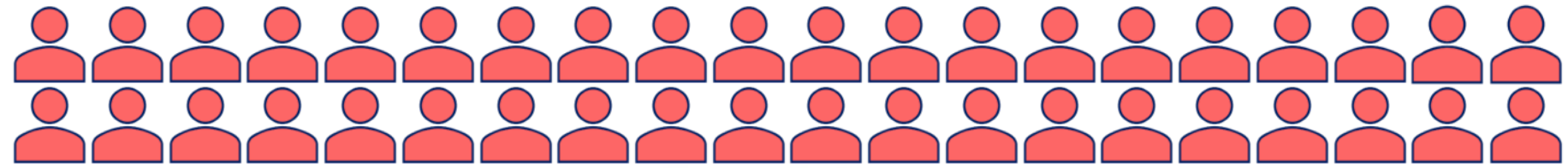
Zink et al., 2016

## Rheumatologie ist...

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

# Warum Frühversorgung? Status quo...

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

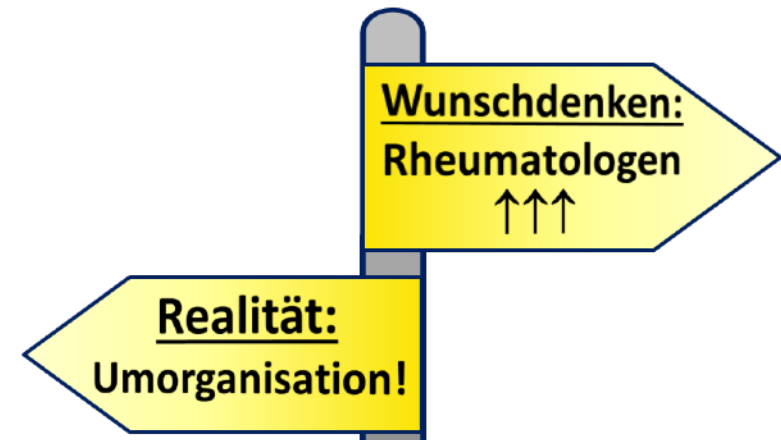
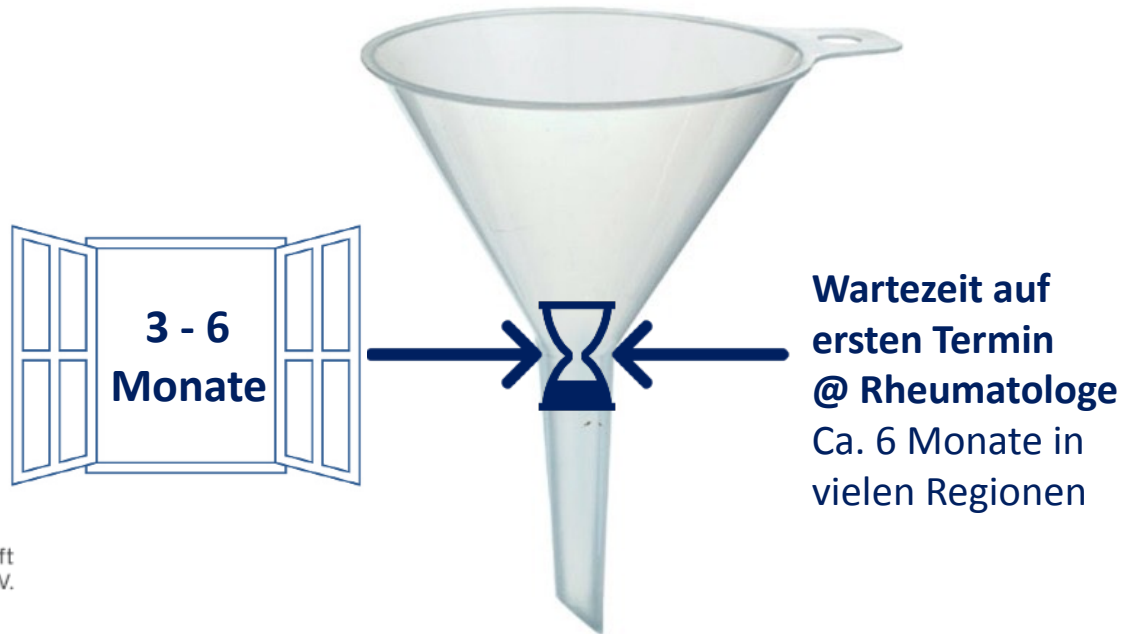


INTERDISZIPLINÄRE LEITLINIE

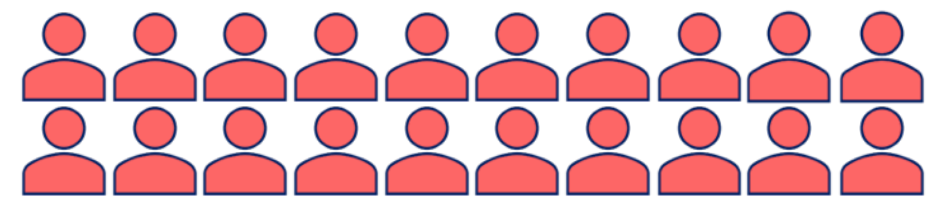
## Management der frühen rheumatoiden Arthritis

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

Leitlinie unter Federführung der:

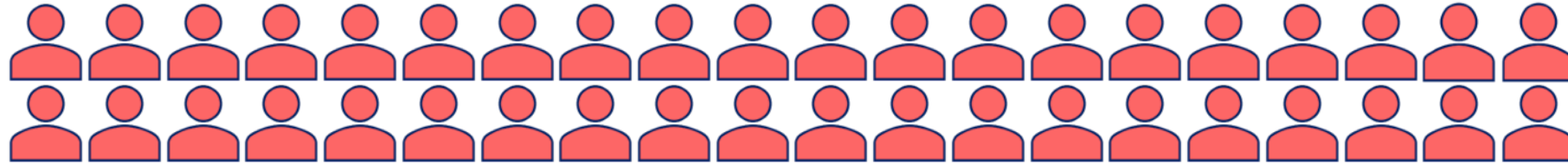


**Tatsächliche Kapazität in der Rheumatologie:**



# Warum Frühversorgung? Lösungsansatz eines Engpasses...

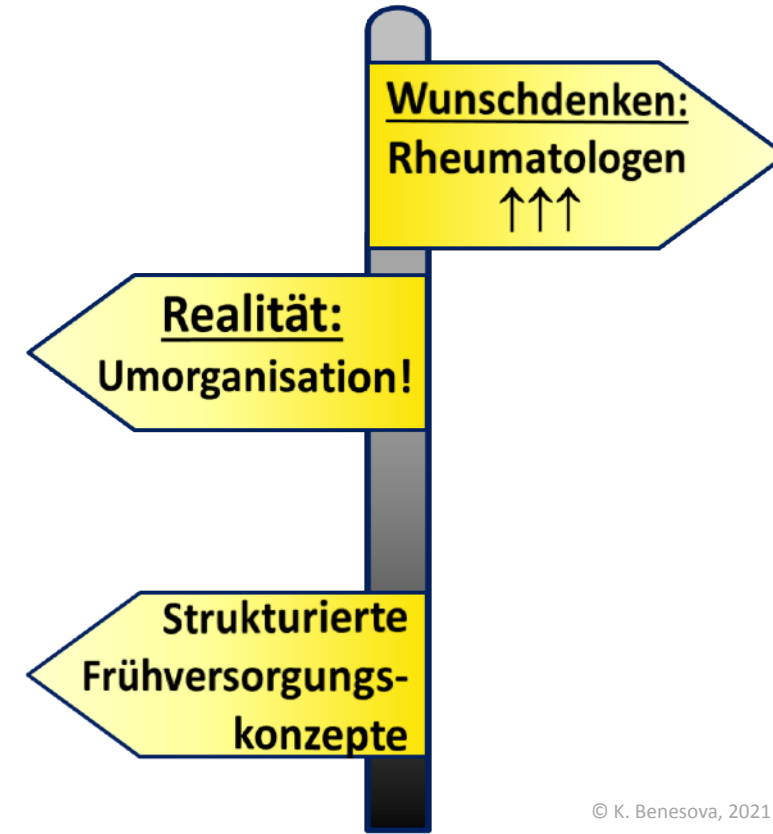
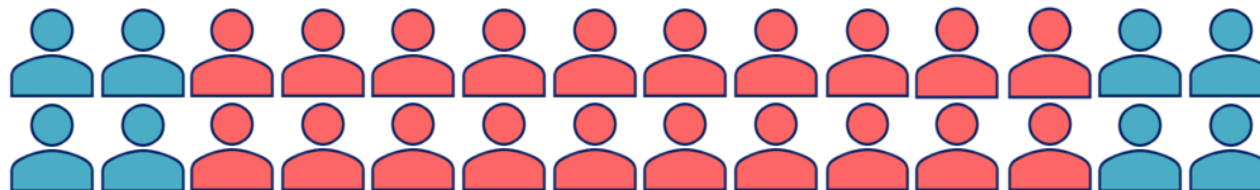
**Bedarf nach rheumatologischer Abklärung (ca. 25%) und ggf. Weiterbehandlung (ca. 2% in D):**

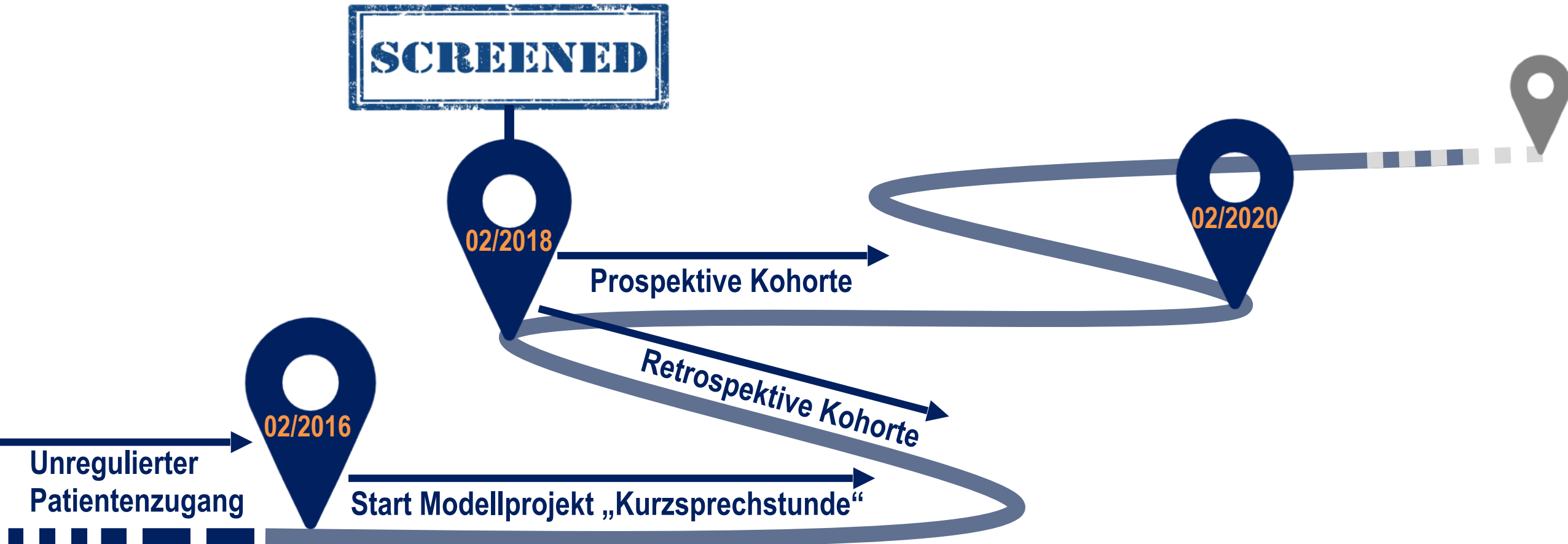


- ✓ besseres Langzeitoutcome
- ✓ Kapazitätsentlastung durch reduzierten Betreuungsbedarf des Einzelnen
- ✓ reduzierte langfristige direkte, indirekte und intangible Kosten rheumatischer Erkrankungen

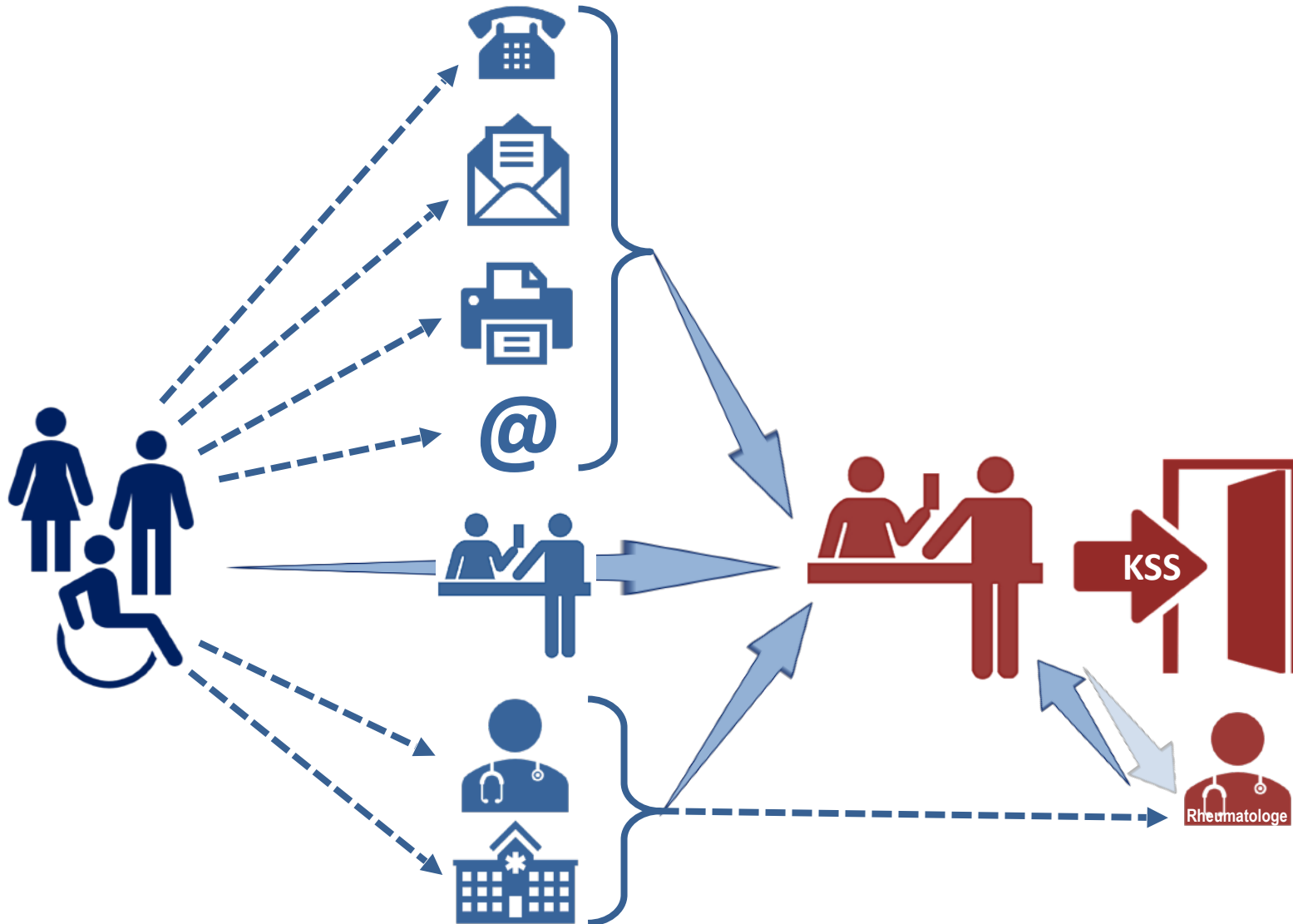


**Tatsächliche Kapazität in der Rheumatologie:**



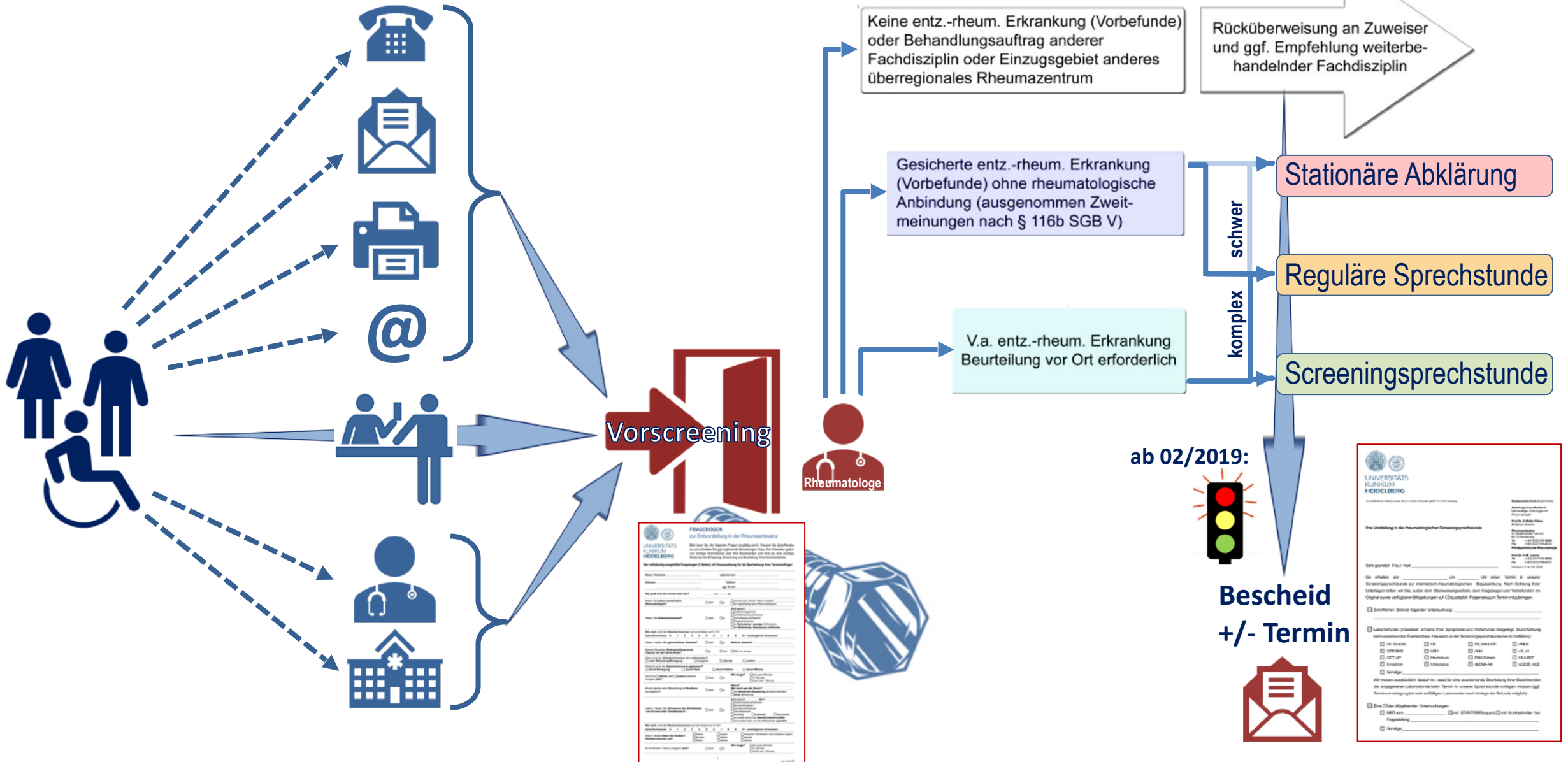


# 1. Etappe: Retrospektive Kohorte 02/2016 – 01/2018

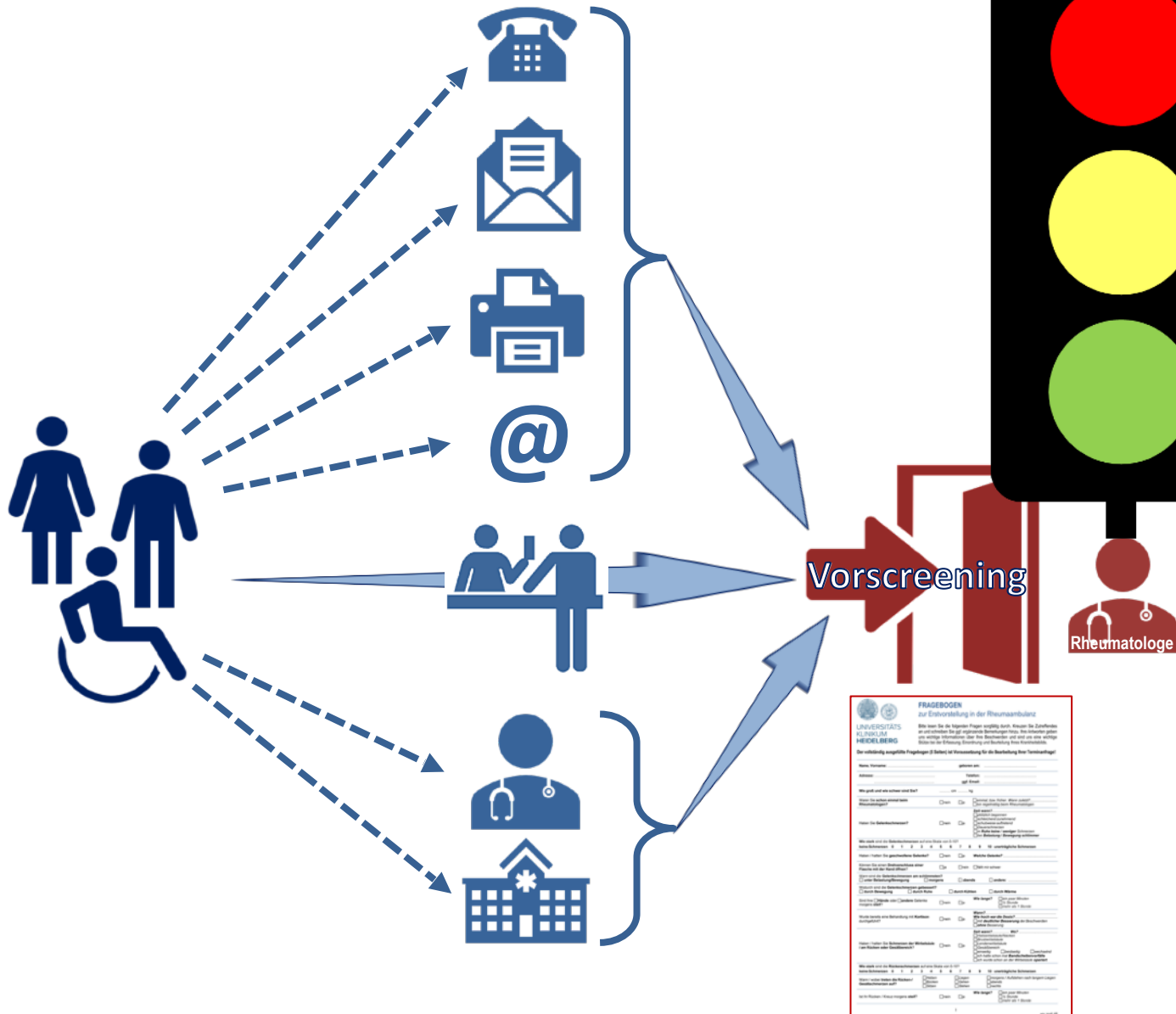


- Vergabe des nächsten freien KSS-Termins à 30 min (statt vorher 60 min für jeden)**
- 6h/Woche reserviert für Neuvorstellungen
  - ca. 3 Wochen später, aber ohne Diagnostik
  - „first come first serve“
  - selten Indikationsprüfung vor KSS
  - selten Dringlichkeitsprüfung vor KSS
  - emotionale Einflussnahme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

# 2. Etappe: Prospektive Kohorte 02/2018 – 01/2020







- Organbeteiligung
- Myositis (CK >>1.000 U/l)
- (Neue) Raynaud-Symptomatik mit digitalen Ulcera
- (Temporale) Cephalgien, insb. bei CRP ↑
- Unklares hohes CRP (>30-50 mg/l) +/- B-Symptomatik
- Aktive entz.-rheum. Erkrankung in der Schwangerschaft

- Gelenksymptomatik neu +/- hohes CRP/RF/Anti-CCP
- Tiefsitzende Rückenschmerzen + junges Alter/PsO/CED/HLA-B27 pos./bildgebend Sakroiliitis
- Hochtitrige ANA + Symptomatik
- Persistierendes CRP + Symptomatik
- Rezidivierende Fieberschübe

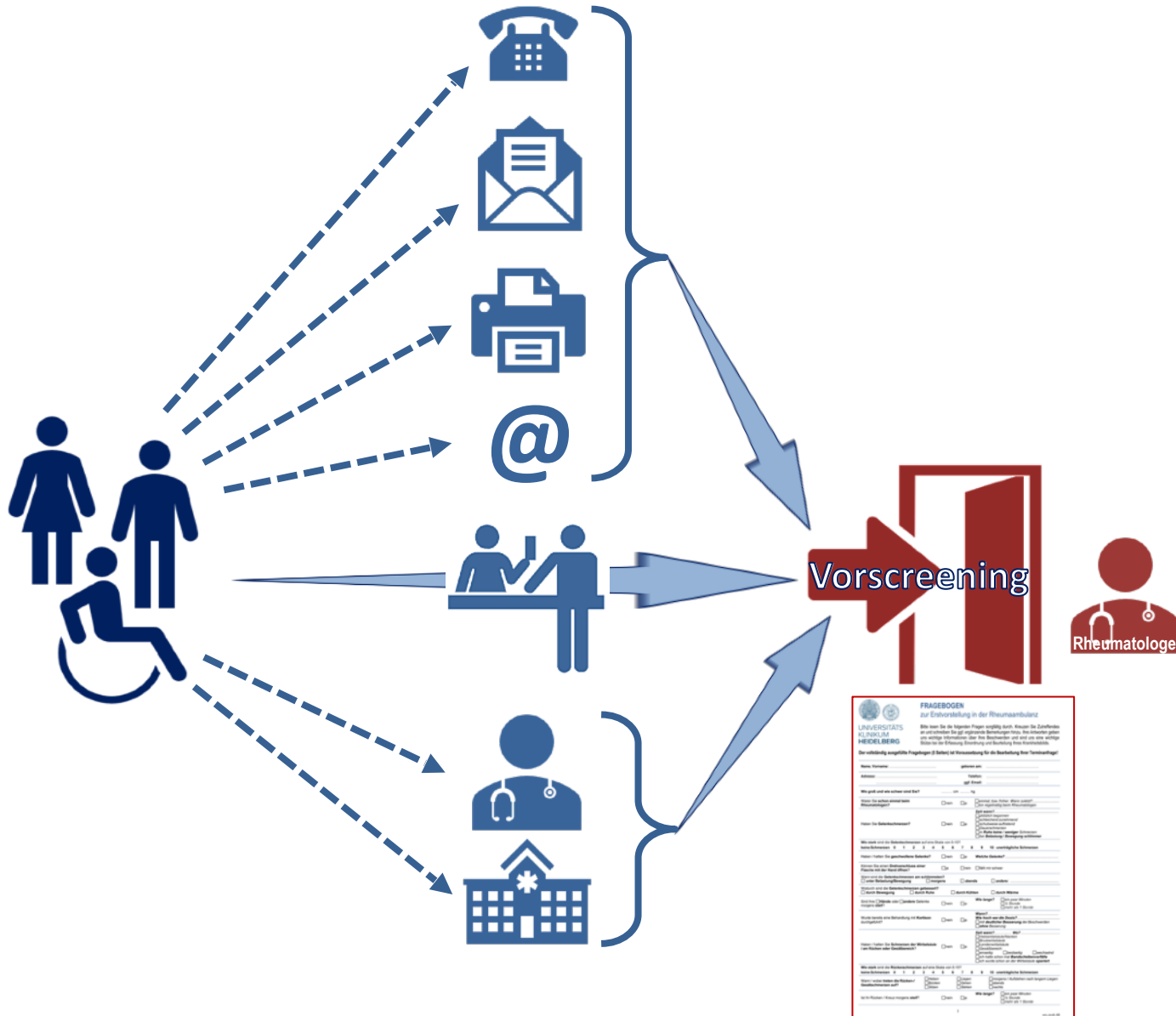
- Gelenksymptomatik bei unauffälligem Labor
- Lang (> 1 J.) anhaltende Symptomatik ohne Dynamik

i.d.R Fehlzuzuweisung:

- ANA/RF/HLA-B27 pos. ohne entzündliche Symptomatik
- Positive Borrelentiter ohne typ. Gelenksymptome

**Sofern Terminvergabe (à 30-60 min):**

- 6h/Woche reserviert für KSS
- 60 min-Termine je nach Kapazität
- Indikations- und Dringlichkeitsgesteuert
- Triage nach Komplexität und Diagnostikbedarf
- Transparente Entscheidungswege
- 2./3./...-Meinungen nur nach schriftlicher Anfrage des behandelnden Rheumatologen

**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 Fehlzuzuweisungsquote
- ⇒ 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



**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**

**X Arztzeit-intensiv**

**X suboptimal in der Nachsorge**

**X 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.





# 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

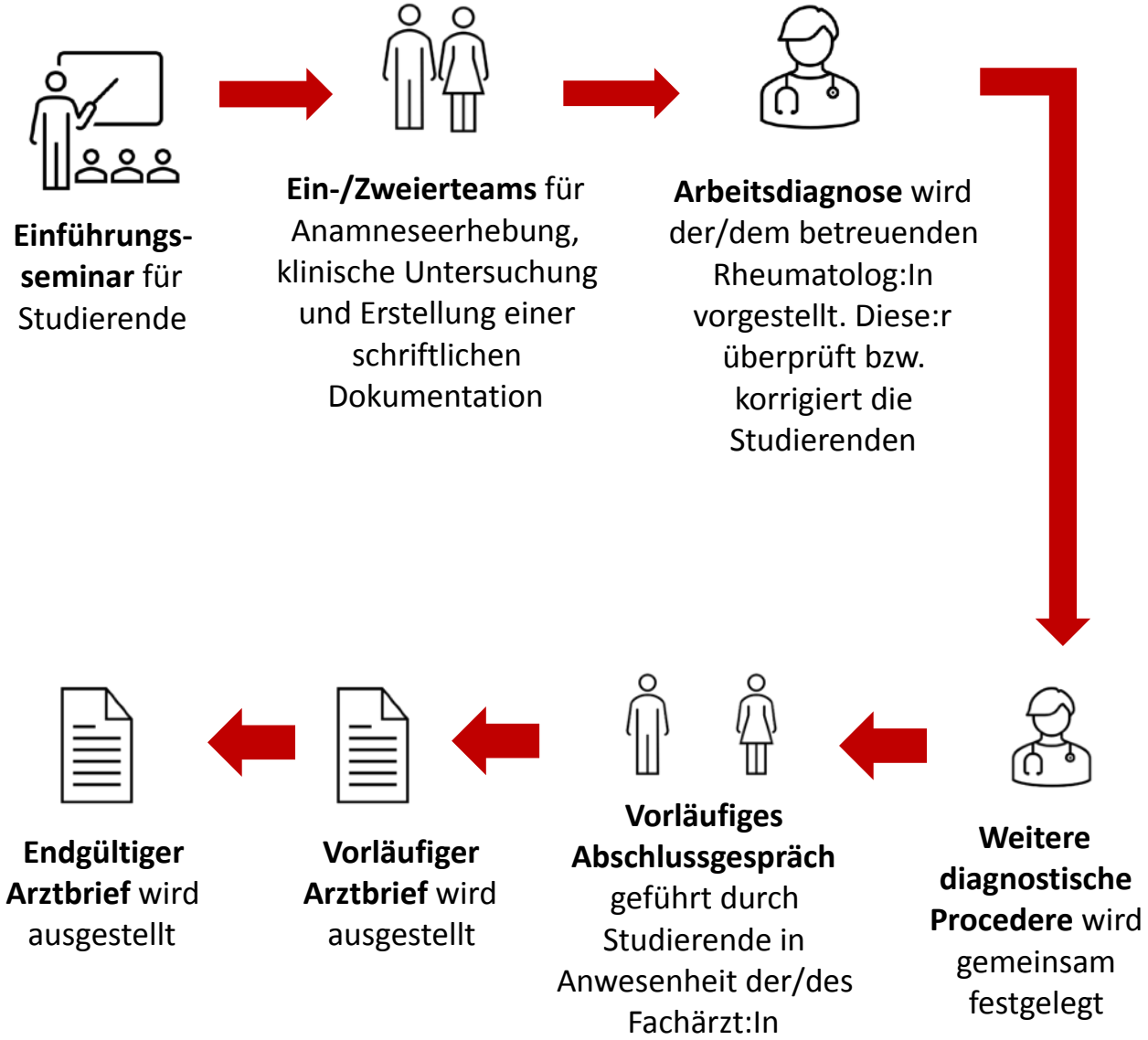




# Frühversorgung mit Nachhaltigkeit

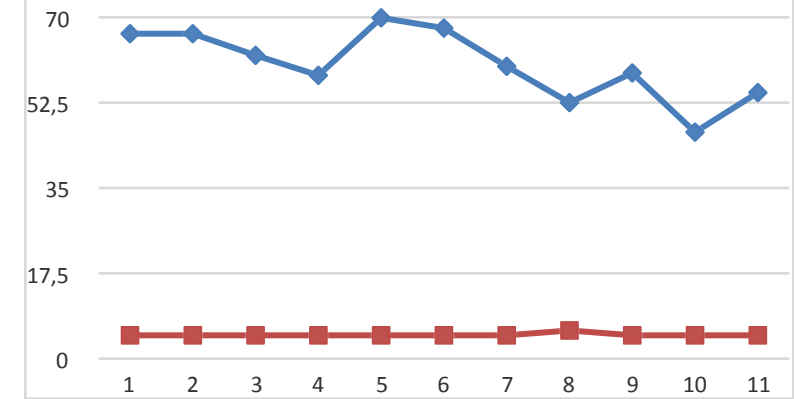
## Düsseldorfer Kampagne gegen unerkanntes Rheuma DKUR

- 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



# 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
M11	37	1,2	4	55	59,5
M12	22	0,7			
M13	64	2,2	2	60	44
M14	8	0,3			
M15-M19	416	14,0	18,5	82	57
M21-M24	5	0,2			
M25	45	1,5			

Gicht

Pseudogicht

Arthrose

# Versorgungszahlen MSD nach ICD 10

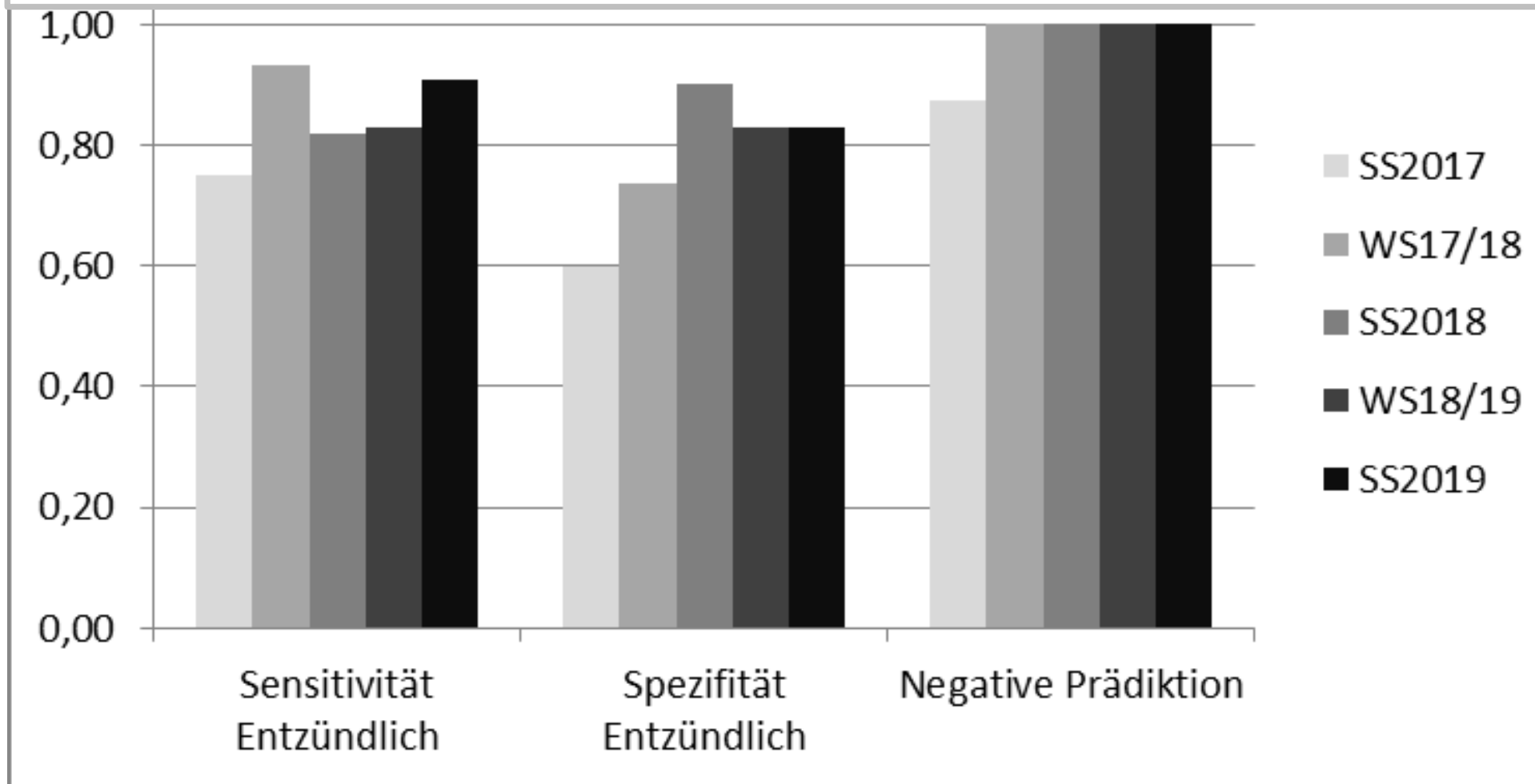
ICD10 =M	n=	%	KHD	Weibl (%)	Alter
M30	3	0,1			
M31.3	3	0,1			
M31.4	3	0,1			
M31.5/6	22	0,7	1	73	75
M31.7	5	0,2			
M31.8	5	0,2			
M32	24	0,8	2	76	39
M33	3	0,1			
M34	21	0,7			

RZA

SLE

# Studentische Untersuchung

Vergleich zu ärztlichem Befund n=129



## **Universitäre Run-in-Sprechstunde als Wahlpflichtfach für Studierende**



# Universitäre Run-in-Sprechstunde als Wahlpflichtfach für Studierende

Frühe Diagnosestellung = Remission

Frühe Diagnosestellung = Machbar

Diagnosestellung = Lehrreich

Remission = Realität

jetzt handeln

Zukunft sichern



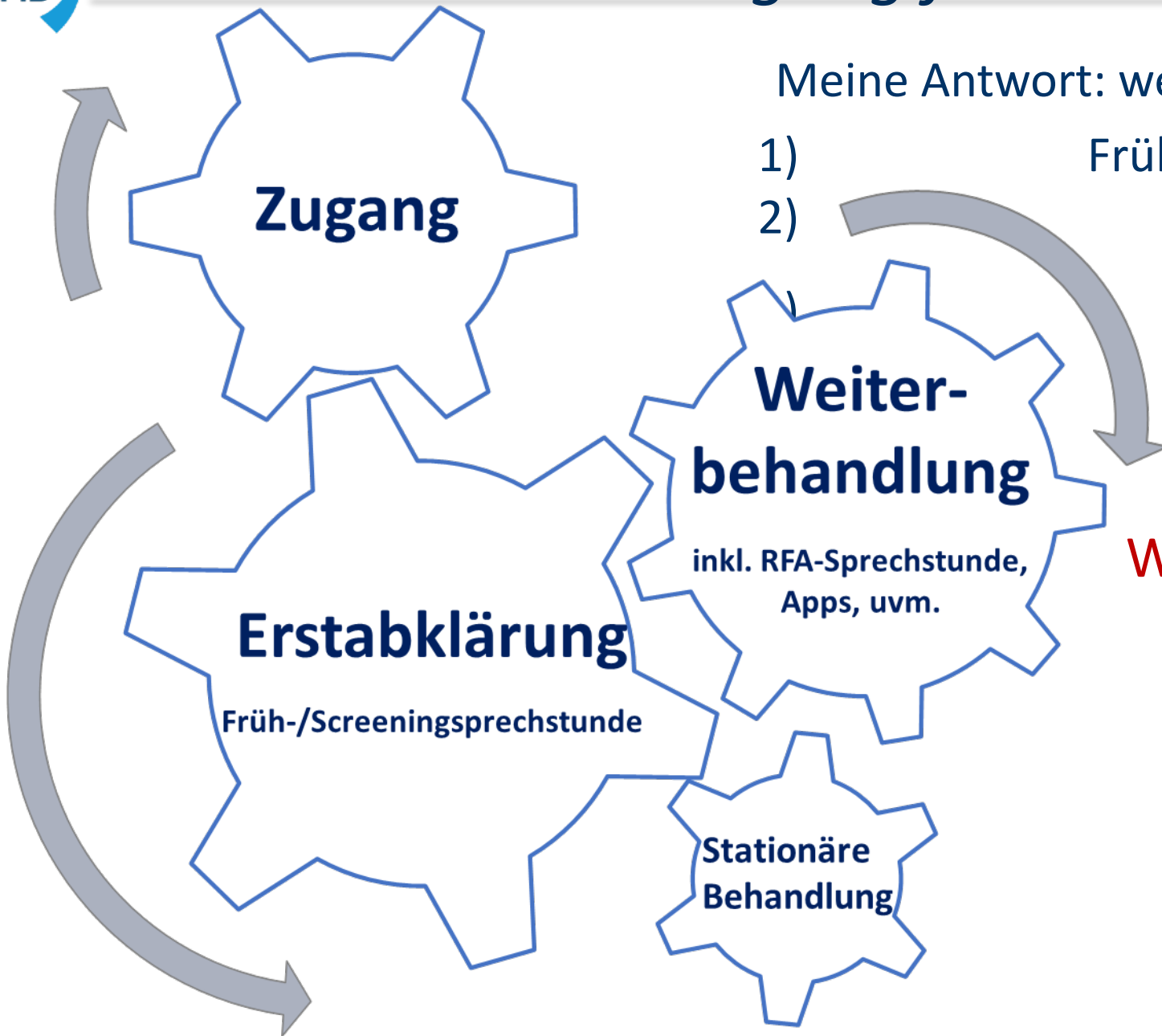
# Frühversorgung ist mehr als nur die Frühsprechstunde...



... 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
- Delegation  
integriert sind.

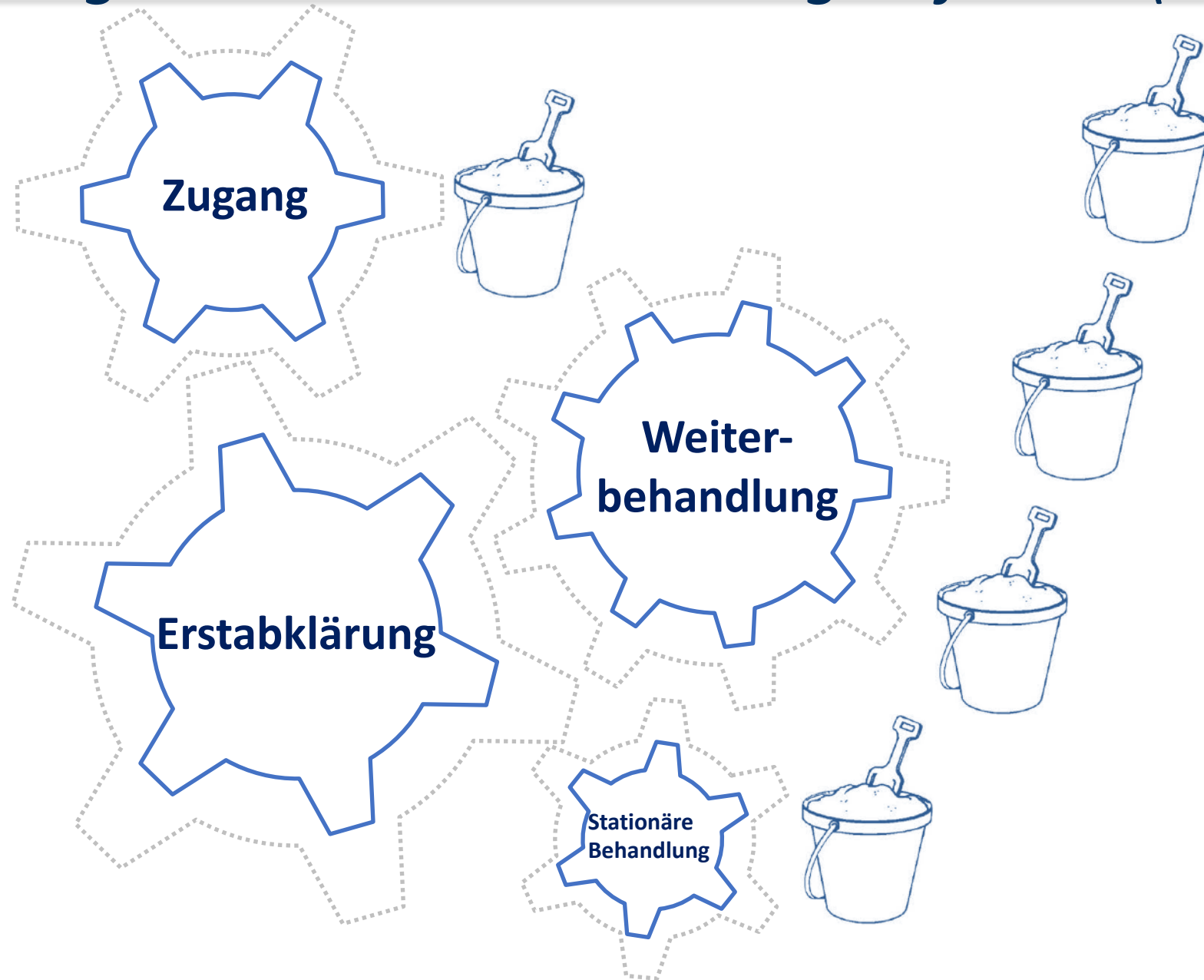
Wie soll das denn funktionieren???

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

# 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. **Helfen wir Ihnen dabei**