

Integrierte Versorgung der frühen Arthritis

EV.10

Hans-Eckhard Langer¹, Detlev Parow², Thomas Kerres³

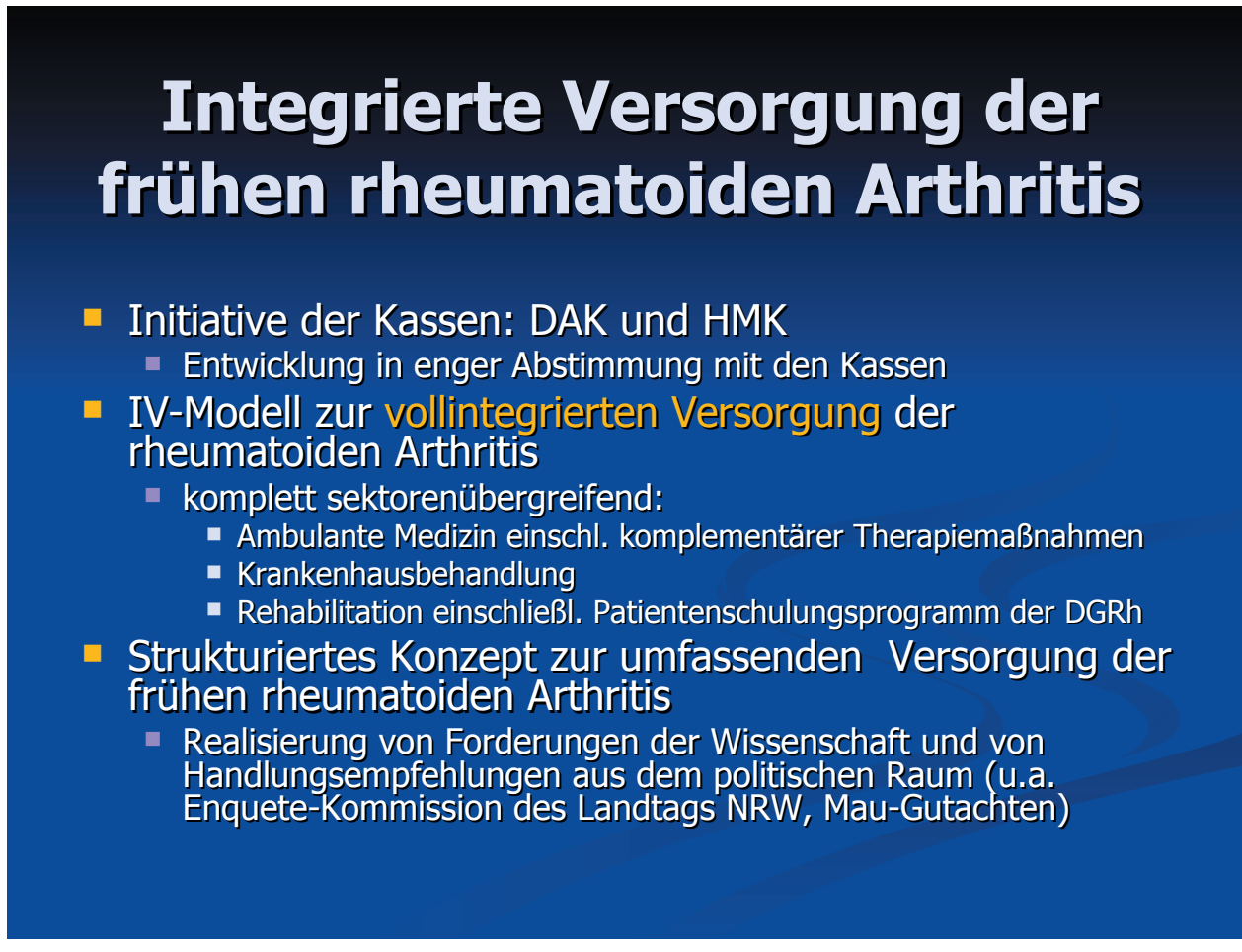
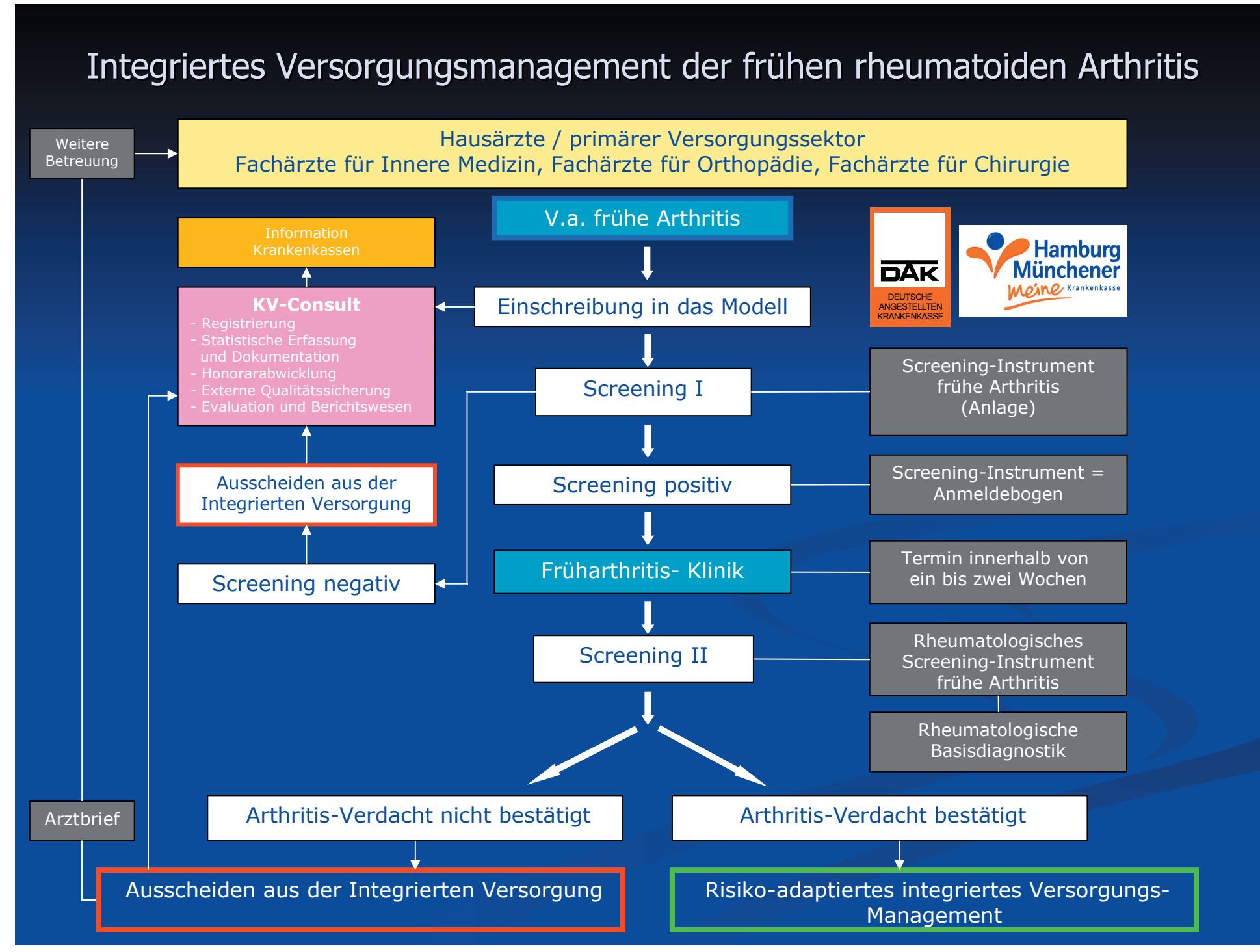
¹ Schwerpunkt für Rheumatologie, klinische Immunologie und Osteologie am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf

² Leiter des Medizinischen Kompetenzzentrums, Hamburg Münchener Krankenkasse, Hamburg

³ Vertragsmanager Vertragsgebiet NRW, DAK - Unternehmen Leben, Düsseldorf

Zielsetzung

Die Versorgungssituation von Rheumapatienten in Deutschland ist durch erhebliche Defizite gekennzeichnet. Kernprobleme sind eine verzögerte Diagnosestellung, die verspätete Einleitung wirksamer Therapien und ein suboptimaler Ressourceneinsatz. In einer gemeinsamen Initiative von Praxis und Klinik, Kostenträgern und Kassenärztlicher Vereinigung wurde deshalb ein Modellprojekt entwickelt, das im Rahmen einer komplett sektorübergreifenden (ambulant, stationär, Rehabilitation) integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V die Diagnostik und Therapie der frühen Arthritis verbessern sollte.



Methodik

Ein gemeinsam mit Hausärzten entwickelter Screeningfragebogen dient zur frühen Identifikation von Patienten mit einer beginnenden Arthritis und als Anmeldeformular für die Früharthritis-Klinik. Nach einem zweiten Screening erfolgt dort eine Stratifikation in unterschiedliche Diagnostik- und Behandlungspfade, die sich an prognostischen Kriterien orientieren (modifiziert nach Visser et al. 2002). Nach dem formalen Scoring führt die abschließende klinische Bewertung zur Einteilung in 4 Risikogruppen (niedriges, mäßiggradiges, hohes, extrem hohes Risiko für Erosivität) mit unterschiedlicher Art und Intensität der Versorgung. Dafür wurden entsprechende Algorithmen definiert. Alle drei Monate erfolgt ein Re-Staging und erneutes Grading zur Überprüfung der Risikogruppe und ggf. eine Neueinstufung mit einer daraus resultierenden Änderung oder Anpassung der Therapie (radiologische Kontrollen alle 12 Monate). Auf diese Weise passen sich Therapie und Versorgungsqualität in einem der japanischen Kaizen-Methode nachempfundenen Verfahren zunehmend an die individuellen Notwendigkeiten an und optimieren sich im Verlauf selbst.

Der Behandlungskorridor ist dabei durch drei Grenzen definiert:

- Krankheitsaktivität (gemessen über den DAS28),
- Funktionskapazität (gemessen über den HAQ) und
- Röntgenprogression (abgebildet durch Röntgenkontrollen alle 12 Monate).

Zielvorgabe ist eine mindestens partielle klinische Remission ($DAS28 \leq 3.2$), keine relevante Einschränkung der funktionellen Kapazität ($HAQ \leq 1$) sowie keine Röntgenprogression.

Ergebnisse

Mit mehr als 300 eingeschriebenen Patienten betreut das Versorgungsmodell die größte Kohorte von Früharthritis-Patienten, die in Deutschland im Rahmen einer integrierten Versorgung behandelt werden. Eine Begleitevaluation (Langer S. et al. 2009) deutet darauf hin, daß sich durch den prognose-orientierten Behandlungsalgorithmus nicht nur sehr gute klinische outcomes erreichen lassen, sondern zugleich der Einsatz der vorhandenen Ressourcen optimiert wird.

Schlußfolgerung

Integrierte Versorgungsmodelle nach §§ 140a ff SGB V werden aus unterschiedlichen Gründen in ihrer Bedeutung und Wertigkeit kontrovers diskutiert. Das vorliegende Projekt wurde nach Abschluß der Modellphase (Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung) in die Regelfinanzierung überführt und darf damit als gelungenes Beispiel eines neuartigen Versorgungsansatzes in der Rheumatologie gelten.

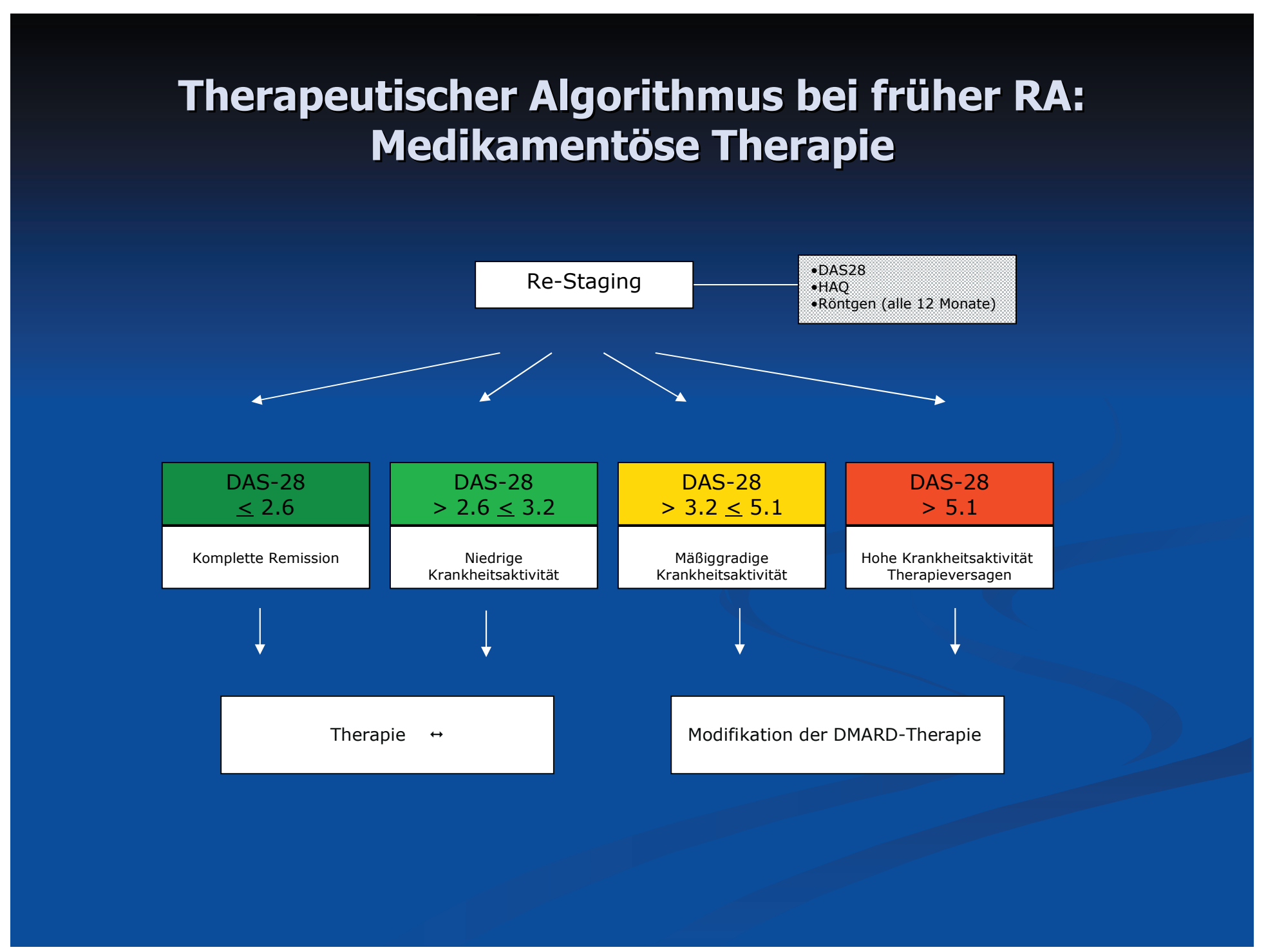
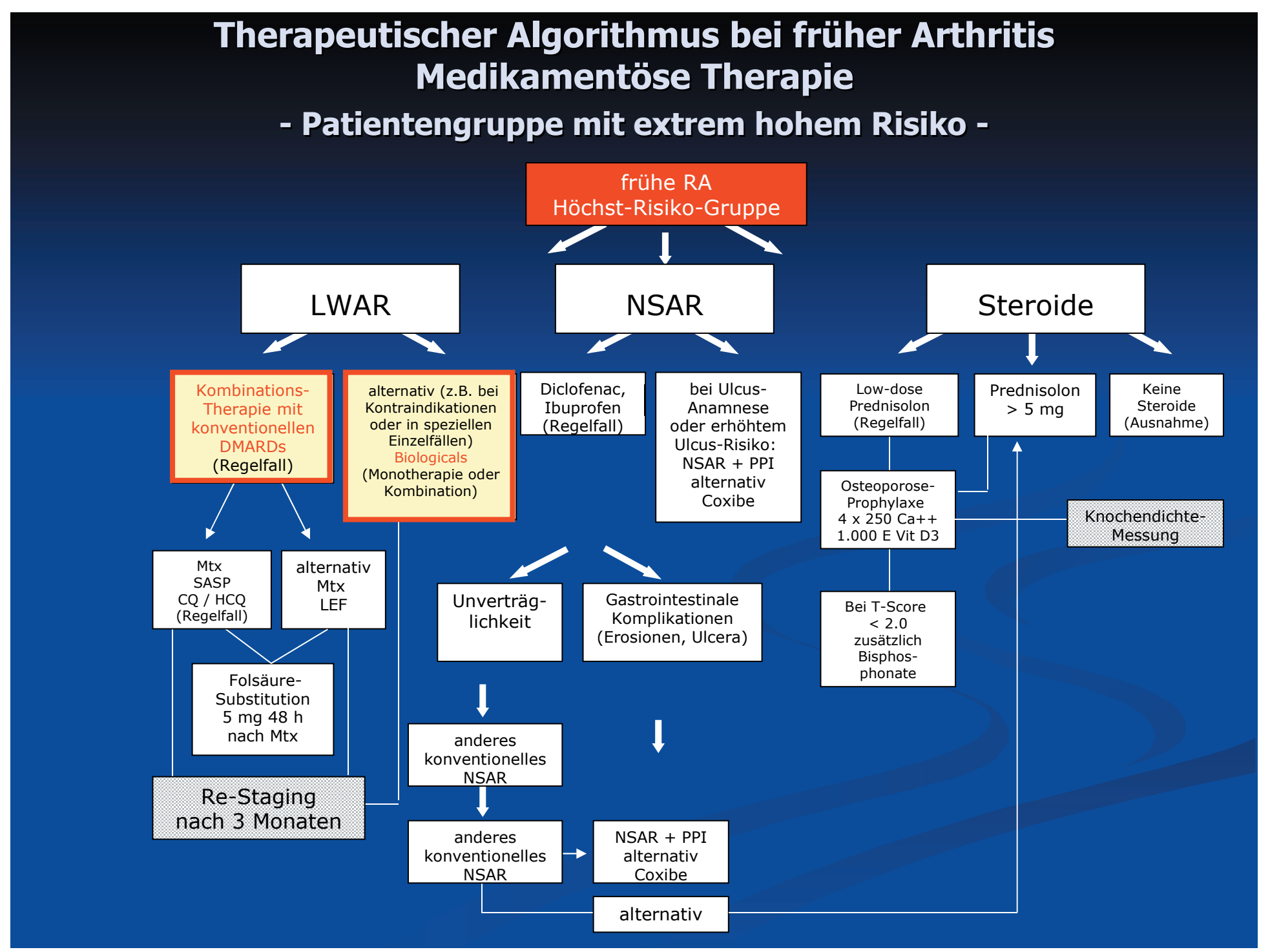
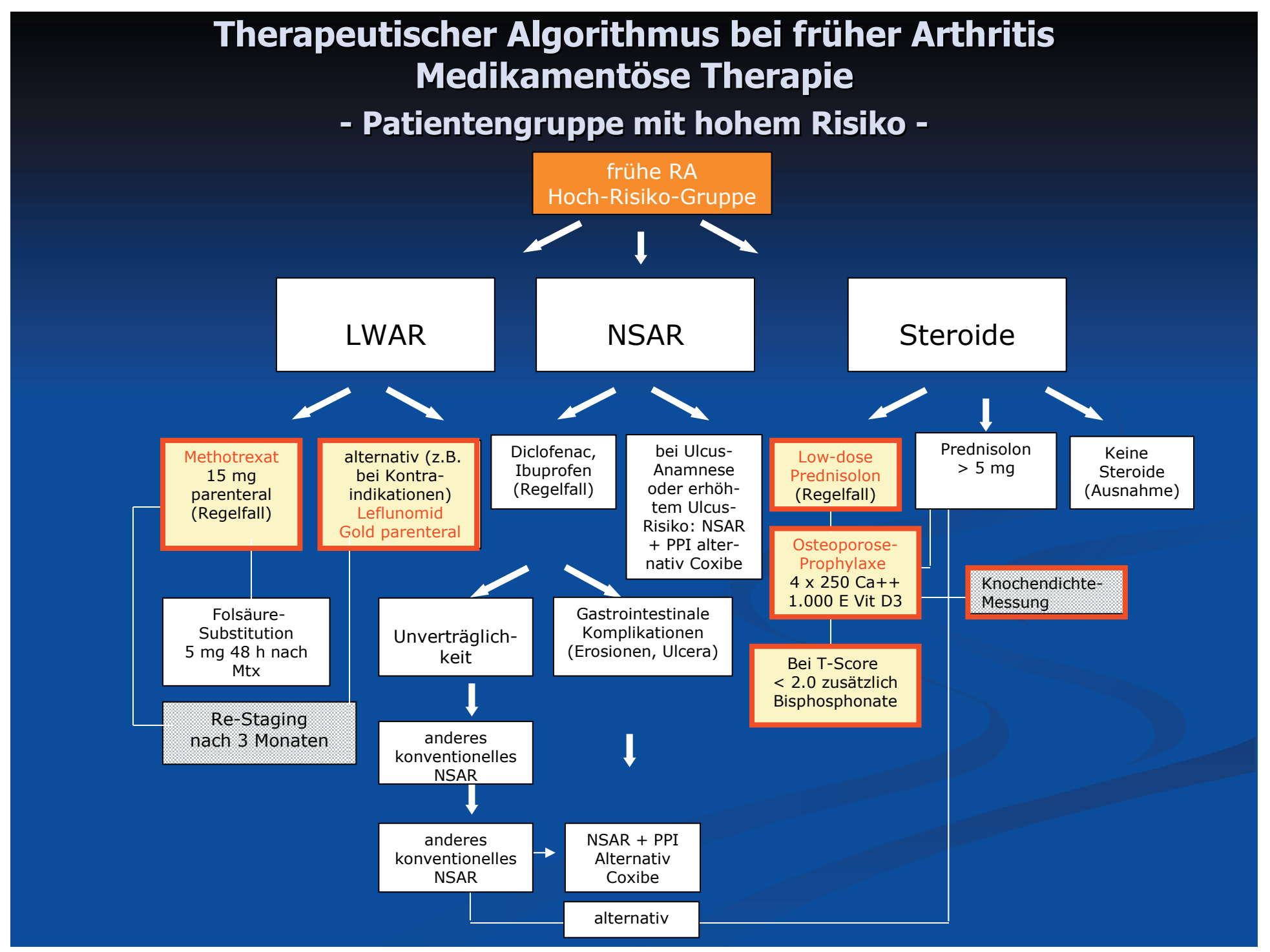
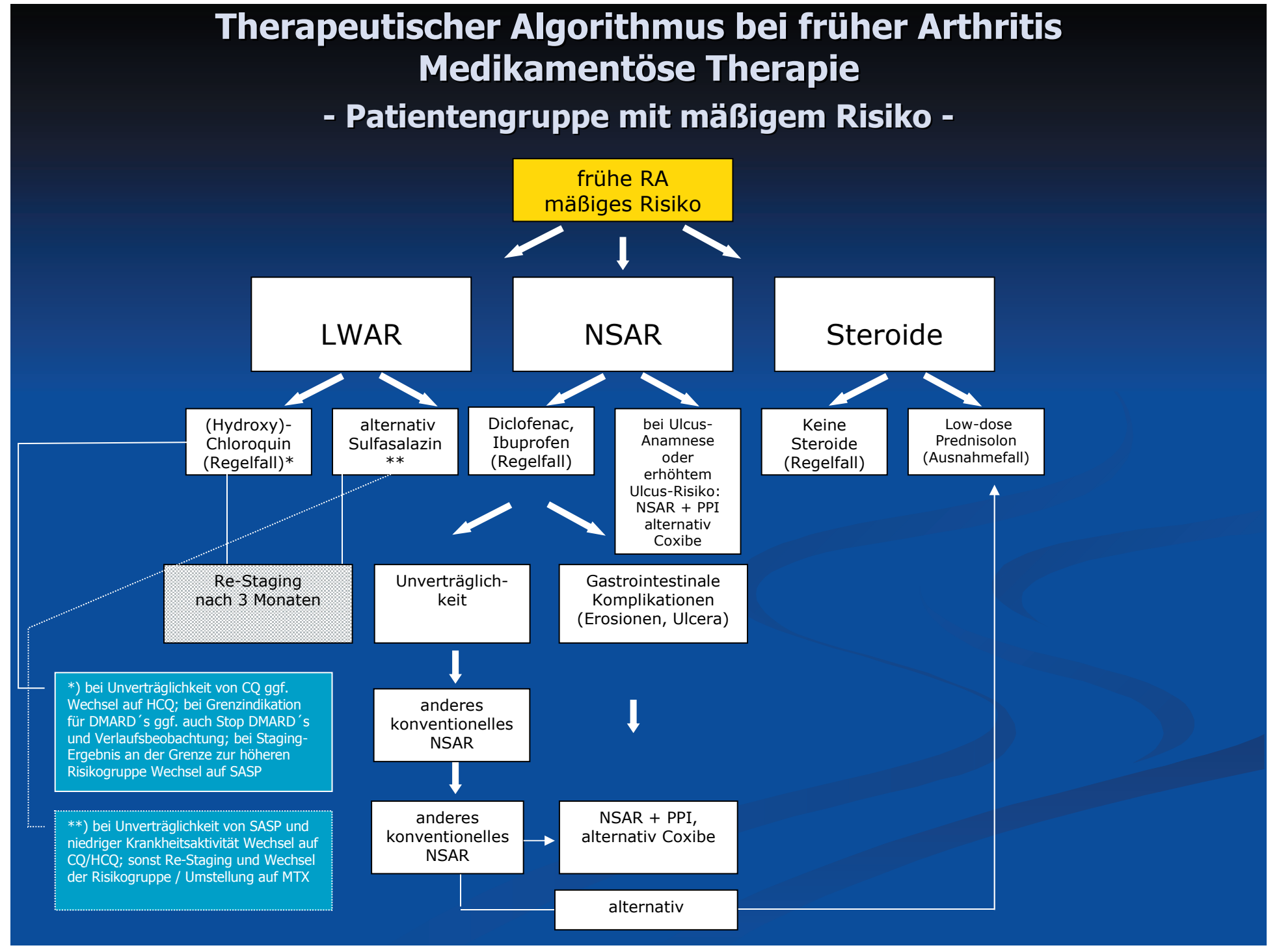
Literatur

Visser H, le Cessie S, Vos K, Breedveld FC, Hazes JM, How to diagnose rheumatoid arthritis early: a prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum.* 46(2):357-365, 2002.

Langer S, Lind-Albrecht G, Langer HE, Integrierte Versorgung der frühen Arthritis: 3-Jahres-Ergebnisse. 37. Kongreß der DGRh, Köln, 23.-26. September 2009, Poster EV.11

Mau W, Bereiche und Kosten der Fehl-, Unter- und Überversorgung von Patientinnen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis. Wissenschaftliches Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/RA-Gutachten-Mau.pdf

Screening-Fragebogen „Frühe Arthritis“: www.rheuma-online.de/PDF-Dokument-zum-Download. http://www.rheuma-online.de/fileadmin/news/2005-08/frueharthritis/Anmeldungs-Bogen_fr_he_Arthritis_2_2_2005-07-20.pdf



Visser-Score: Chronifizierungs-Risiko

Diagnostische Kriterien (Modell 1, persistierende vs. selbstlimitierende Arthritis)

Diagnostische Kriterien	Odds ratio	Score
Symptombauzeit > 6 Wochen, aber < 6 Monate	2,49	2
Symptombauzeit > 6 Monate	5,49	3
Morgensteifigkeit > 1 Stunde	1,96	1
Arthritis in > 3 Gelenkgruppen	1,73	1
Bilateraler Kompressionschmerz der Zehengrundgelenke	1,65	1
RF-Rheumafaktor > 5 IU	2,99	2
RF-CCP > 92 IU	4,58	3
Erosionen in Röntgenbildern von Händen oder Füßen	2,75	2

Ergebnis

Score-Ergebnis (Punkte)	Wahrscheinlichkeit für Chronizität
0-1	≤ 25%
2	≤ 50%
3-5	≤ 75%
6-13	> 75-100%

Visser-Score: Erosivitäts-Risiko

Diagnostische Kriterien (Modell 1, erosive vs. nicht-erosive Arthritis) unter der Vorgabe einer persistierenden Arthritis

Diagnostische Kriterien	Odds ratio	Score
Symptombauzeit > 6 Wochen, aber < 6 Monate	0,96	0
Symptombauzeit > 6 Monate	1,44	0
Morgensteifigkeit > 1 Stunde	1,96	1
Arthritis in > 3 Gelenkgruppen	1,73	1
Bilateraler Kompressionschmerz der Zehengrundgelenke	3,78	2
RF-Rheumafaktor > 5 IU	2,99	2
RF-CCP > 92 IU	4,58	3
Erosionen in Röntgenbildern von Händen oder Füßen	0	0

Ergebnis unter Einbezug RF-ELISA (IgG-, IgA-, IgM-RF)

Score-Ergebnis (Punkte)	Wahrscheinlichkeit für Erosivität
0-1	≤ 25%
2-3	≤ 50%
4-5	≤ 75%
6-10	> 75-100%

Anmeldung zur Früharthritis-Diagnostik

(kurzfristiger Untersuchungstermin in der Früharthritis-Klinik) für Versicherte der DAK und HMK (Hamburg-Münchener Krankenkasse)

Screening-Bogen frühe Arthritis

Bogen zur Terminvergabe und für die Honorarabrechnung zusammen mit der Patienten-Einverständniserklärung bitte faxen an:

Schwerpunkt für Rheumatologie, klinische Immunologie und Osteologie am EVK Düsseldorf
Priv. Doz. Dr. med. Hans-Eckhard Langer
Früharthritis-Klinik
Friedenwall 99, 40217 Düsseldorf
Fax (0211) 99 444 80

Patientendaten:
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
DAK HMK KVNR: _____
Adresse: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Erreichbarkeit des Patienten für die Terminvergabe:
Tel.: _____ Fax: _____
Mobil: _____

Screening-Ergebnis: pos neg

Absender (Stempel) _____ Unterschrift _____

Symptome, die auf eine beginnende rheumatoide Arthritis hinweisen:

1. Arthritis in mindestens einem Gelenk: entzündlicher Schmerz (Ruheschmerz, Nachtschmerz), Schwellung, Bewegungseinschränkung
2. drei oder mehr schmerzende Gelenke
3. drei oder mehr geschwollene Gelenke
4. Befall von Fingergrundgelenken/ Querdruckschmerz
5. Befall von Zehengrundgelenken/ Querdruckschmerz
6. Morgensteifigkeit > 30 Minuten oder länger
7. Dauer der Beschwerden länger als 6 Wochen

Auswertung: 2 oder mehr Kriterien erfüllt:

Kriterium für eine frühe Arthritis erfüllt: Dauer der Symptome / Krankheitsdauer unter 2 Jahren

Krankenkassen-Zugehörigkeit: Die Patientin/der Patient ist Mitglied der DAK oder der HMK

Patienten-Einverständniserklärung: Die Patientin/der Patient ist über das Modellprojekt informiert und hat in die Teilnahme eingewilligt (schriftliche Einverständniserklärung)

© Priv. Doz. Dr. med. Hans-Eckhard Langer, Version 2.2, 07/2005
Integriertes Versorgungsmanagement der frühen rheumatoiden Arthritis für Versicherte der DAK und HMK
Schwerpunkt für Rheumatologie, klinische Immunologie und Osteologie am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf
Tel. (0211) 529 656 11 Fax (0211) 99 444 80