

Feststellung der Anzahl von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen nach §116b in Nordrhein-Westfalen

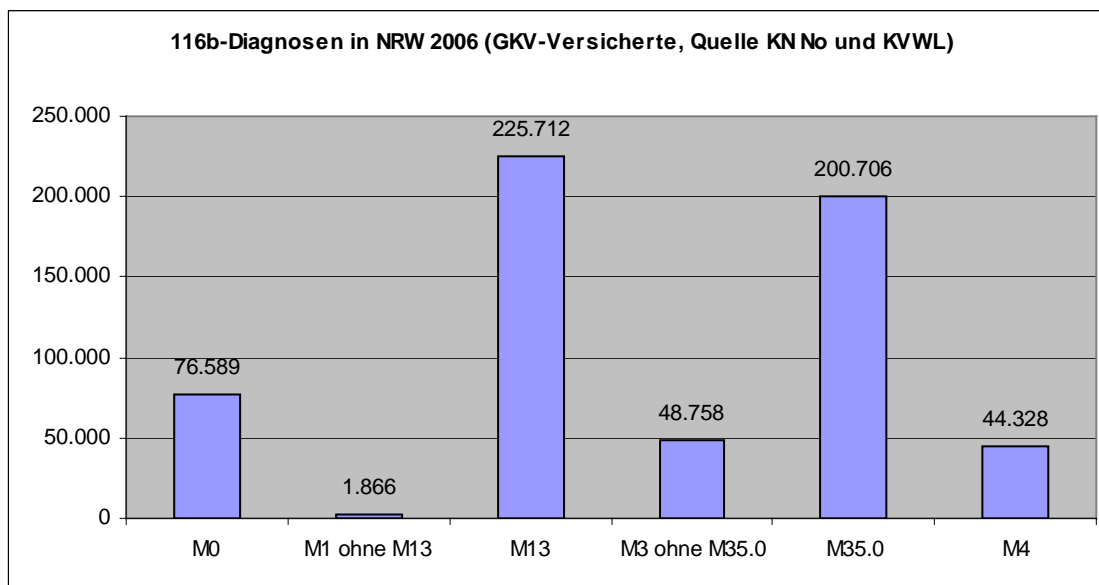
Arbeitsblatt des Qualitätszirkels Rheumatologie OWL
Dr. med. C. Bonnemann, MPH (12.07.2009.1.)

Vorbemerkung: Mit Unterstützung durch das Rheumazentrum OWL, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe und das Landesamt für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA) wurden im Qualitätszirkel Rheumatologie OWL Verfahren zur Feststellung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in OWL und Westfalen-Lippe entwickelt. Ziel war es, eine transparente Datenbasis zur Planung der ambulanten Versorgung vor Ort herzustellen. Durch Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein liegen heute Versorgungsdaten gesetzlich Krankenversicherter für ganz NRW vor. Eine differenzierte Betrachtung auf Ebene der 54 Kreise in NRW ist möglich. Grundsätzlich beziehen sich die Daten auf die Bevölkerung (nach Postleitzahlen). Eine Differenzierung nach Alter (5-Jahresgruppen) und Geschlecht ist möglich. Die Betrachtung der vorliegenden Daten ergab, dass die Daten in den 54 Kreisen des Landes NRW dem Landesdurchschnitt entsprechen.

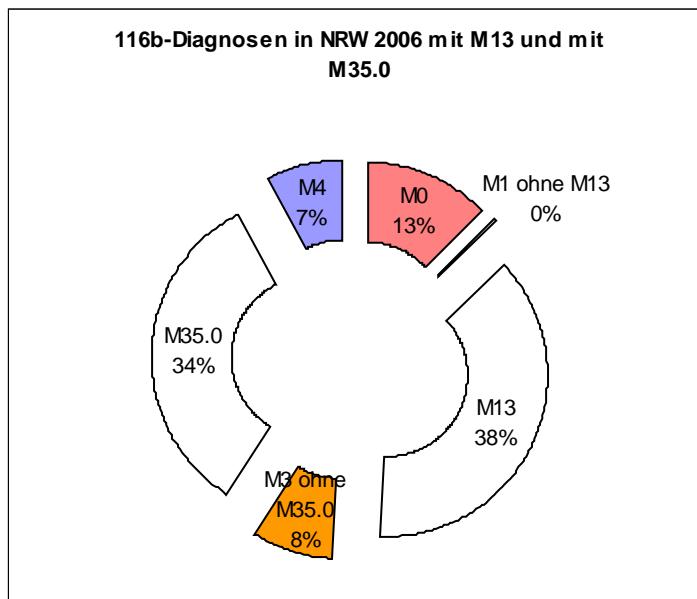
Welche Diagnosen konkret für eine Versorgung in 116b-Ambulanzen in Frage kommen, listet der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 3 Nr. 3 zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b auf (19.06.2008). Danach gibt es in Deutschland circa 238.000 Menschen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen. Dies entspräche einer Anzahl von circa 52.000 Menschen in NRW. Wieviele nicht schwere Fälle dem gegenüberstehen, bzw. wie hoch der Anteil schwerer Verläufe bei einzelnen Erkrankungen eingeschätzt wird, ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss laut Mitteilung nicht bekannt. Daten zur Betrachtung der Hospitalisierungsquoten liegen in NRW vor.

Im folgenden wird anhand der Versorgungsprävalenz im ambulanten Bereich (Quelle KVWL und KVNo) lediglich die Zahl der 116b-Diagnosen in NRW für das Jahr 2006 betrachtet.

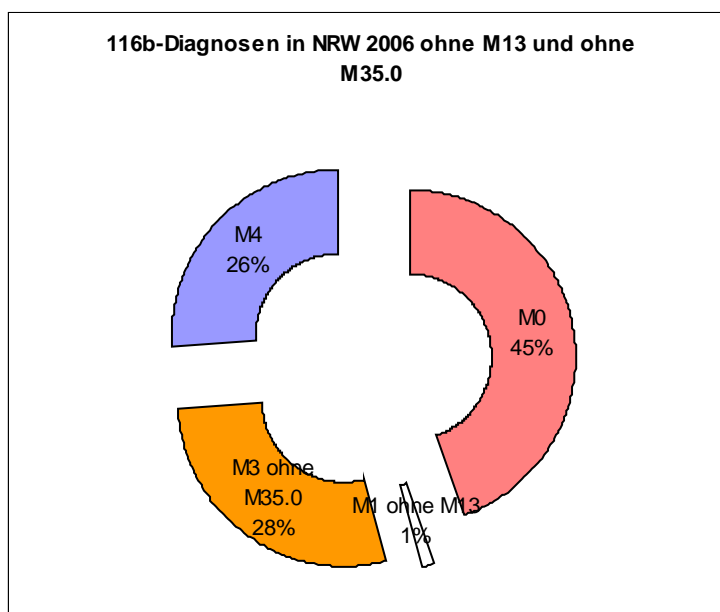
Die einfache Zählung von 116b-Diagnosen in NRW ergibt eine Anzahl von 598.000 Fällen. Würden 10% dieser Fälle schwer verlaufen und einer Behandlung in 116b-Ambulanzen bedürfen, hätten in NRW auf den ersten Blick circa 59.000 GKV-Versicherte Bedarf an einer Versorgung in 116b-Ambulanzen. Wie im folgenden aufgeführt wird, verringert sich diese Zahl allerdings auf 171.500 bzw. 17.1500, wenn unspezifische Fälle (M13) und überwiegend nicht rheumatologische Fälle (M35.0-Fälle der Augenärzte) ausgeklammert werden.



Bei Betrachtung des Diagnosespektrums der 116b-Diagnosen nach Vorgabe des G-BA fällt auf, dass die Diagnose M13 (sonstige Arthritis) mit einer Fallzahl von 225.700 im Jahre 2006 38% aller 116b-Diagnosen insgesamt ausmacht, die Diagnose M35.0 (Sicca-Syndrom) mit 200.700 Fällen 34% der 116b-Diagnosen, sodaß die eigentlichen Kerndiagnosen der rheumatologischen Versorgung im 116b-Spektrum nur noch 28% ausmachen würden. Der Diagnose M13 ist kein spezieller Versorgungsbedarf zuzuordnen, und sie wird im Memorandum unter den fachärztliche versorgungsbedürftigen Rheumaerkrankungen gar nicht aufgeführt. Die Diagnose M35.0 wird vor allem von Augenärzten bei "trockenen Augen" eingesetzt und kann nicht ungefiltert als 'Rheumadiagnose' aufgefasst werden. Unter Einschluss von M35.0 beträgt die Anzahl der 116b-relevanten M3-Diagnosen (Kollagenosen, Vaskulitiden) in NRW 2006 249.464 Fälle, nach Ausschluss von M35.0 gibt nur 48.700.



Das Diagnosespektrum der 116b-Diagnosen ohne M13 und ohne M35.0 besteht zu 45% aus M0-Diagnosen (entzündliche Gelenkerkrankungen), zu 28% aus M3-Diagnosen (Kollagenosen, Vaskulitiden) und zu 26% aus M4-Diagnosen (entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen). Dies entspricht dem Diagnosespektrum der Kerndokumentation der Rheumazentren.



Die Betrachtung der Prävalenz sicher rheumatologisch versorgungsbedürftiger 116b-Diagnosen in NRW (GKV) ohne M13 und M35.0 ergibt für 2006 die Zahl 171.541.

M0	76.589
M1 ohne M13	1.866
M3 ohne M35.0	48.758
M4	44.328
	171.541

Durch Addieren sonstiger Arthritiden (M13) und Sicca-Syndrom (M35.0) würde sich die Zahl auf 597.959 erhöhen, wie eingangs erläutert.

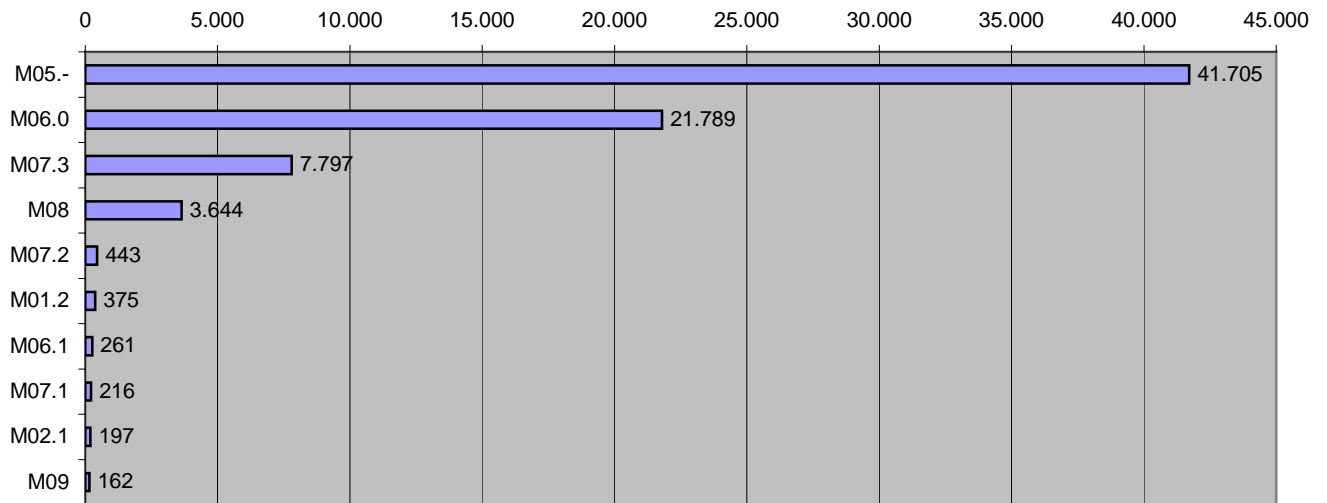
Überlegungen zur flächendeckenden Facharztversorgung für Rheumapatienten in NRW

1. Der Bedarf an Spezialambulanzen zur Versorgung besonders schwerer Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen zielt sicher nicht hauptsächlich auf 'Sonstigste' und 'Sicca-Syndrom' ab, sondern auf besonders problematisch verlaufende Polyarthritiden, Spondarthritiden, Kollagenosen und Vaskulitiden. Deshalb sollte das Vorkommen von M13 und von M35.0 nicht in die Berechnung 116b-bedürftiger Fallzahlen eingehen. Die Zahl der Fälle, die von besonders schwerem Verlauf bedroht sind, beträgt in NRW 2006 171.541. Eine feste Aussage zum Anteil der davon tatsächlich schwer verlaufenden (und damit 116b-bedürftiger) Fälle gibt es nicht.
2. Bei der Überlegung, wieviele 116b-Ambulanzen in NRW gebraucht werden, muss der Versorgungsbedarf von Patienten mit seltenen Erkrankungen berücksichtigt werden. Zu den seltenen Erkrankungen (weniger als 50 pro 100.000 EW) gehören außer M35.9 (nicht näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes) alle M3-codierten 116b-Diagnosen (siehe untere Grafik auf Seite 5). Je mehr 116b-Ambulanzen zur Verfügung stünden, desto schlechter wäre für Patienten mit seltenen Erkrankungen die Chance, eine Ambulanz mit höherer Spezialisierung zu finden.
3. Auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen 'normaler Spezialversorgung' (Fachpraxen) und 'besonderer Spezialversorgung' (116b-Ambulanzen) ist zu achten. Im Q-Zirkel OWL wird der Bedarf an 'normaler Spezialversorgung' auf einen vollschichtig tätigen internistischen Rheumatologen pro 200.000 bis 250.000 Einwohner geschätzt (Stand in NRW 2007 1:330.000). Danach würde bei der (willkürlichen) Annahme 10% schwerer Fälle etwa eine 116b-Ambulanz pro 2,0 bis 2,5 Millionen Einwohner benötigt. Die Dt. Gesellschaft für Rheumatologie schätzt den Bedarf an internistischen Rheumatologen auf 1:50.000 ein. Danach könnte auch der Bedarf an 116b-Ambulanzen höher eingeschätzt werden.
4. Falls die Indikation 'besonderer Verlauf' vom Facharzturteil abhinge, wären vermutlich weniger 116b-Ambulanzen erforderlich, falls die Filterfunktion 'besonders schwerer Verlauf' durch die Betroffenen selber ausgeführt würde, eher mehr. An nicht rheumatologisch spezialisierte Ärzte wie Hausärzte und Orthopäden stellt die Entscheidung 'besonders schwerer oder normaler Verlauf' hohe Ansprüche, da die weitaus meisten 116b-Diagnosen hier in weniger als 1 Fall pro Einrichtung vorkommen.

C. Bonnemann

NB: Die Zusammensetzung der Diagnosespektren der M0 und M3-codierten 116b-Diagnosen finden sich unten (S. 4 und S.5). Daten für 2007 und 2008 liegen demnächst vor. Ein Vergleich zwischen NRW-Daten und Daten des Landes Baden-Württemberg wird angestrebt.

Häufigkeit von M0-codierten 116b-Diagnosen in NRW 2006 absolute Zahlen
(GKV, Quelle KVWL und KV Nordrhein)



Häufigkeit von M3-codierten 116b-Diagnosen in NRW 2006 - ohne M35.0 absolute Zahlen
(GKV, Quelle KVWL und KV Nordrhein)

