

Modell zur Versorgung chronisch Rheumakrankter in OWL

vorge stellt am 30.06.2003 von

Carla Bonnemann , Bielefeld

Koordinatorin des RZ OWL

Sprecherin der AG der 23 int. Rheumatologen in SPP in WL

AG Strukturmodell Rheuma der KVWL

ANLASS für das MODELL

- Rheumatologen in OWL haben seit Jahren den Eindruck, dass die regionale Versorgung nicht gut ist
 - lange Wartezeiten für Patienten
 - Arbeitsüberlastung - wenig Zeit pro Patient
 - Patienten bringen viele unnötige Befunde mit
 - Patienten liegen oft stationär
- **es fehlten nach außen hin darstellbare Daten = Anstoss zur Aktion Rheumamodell OWL**

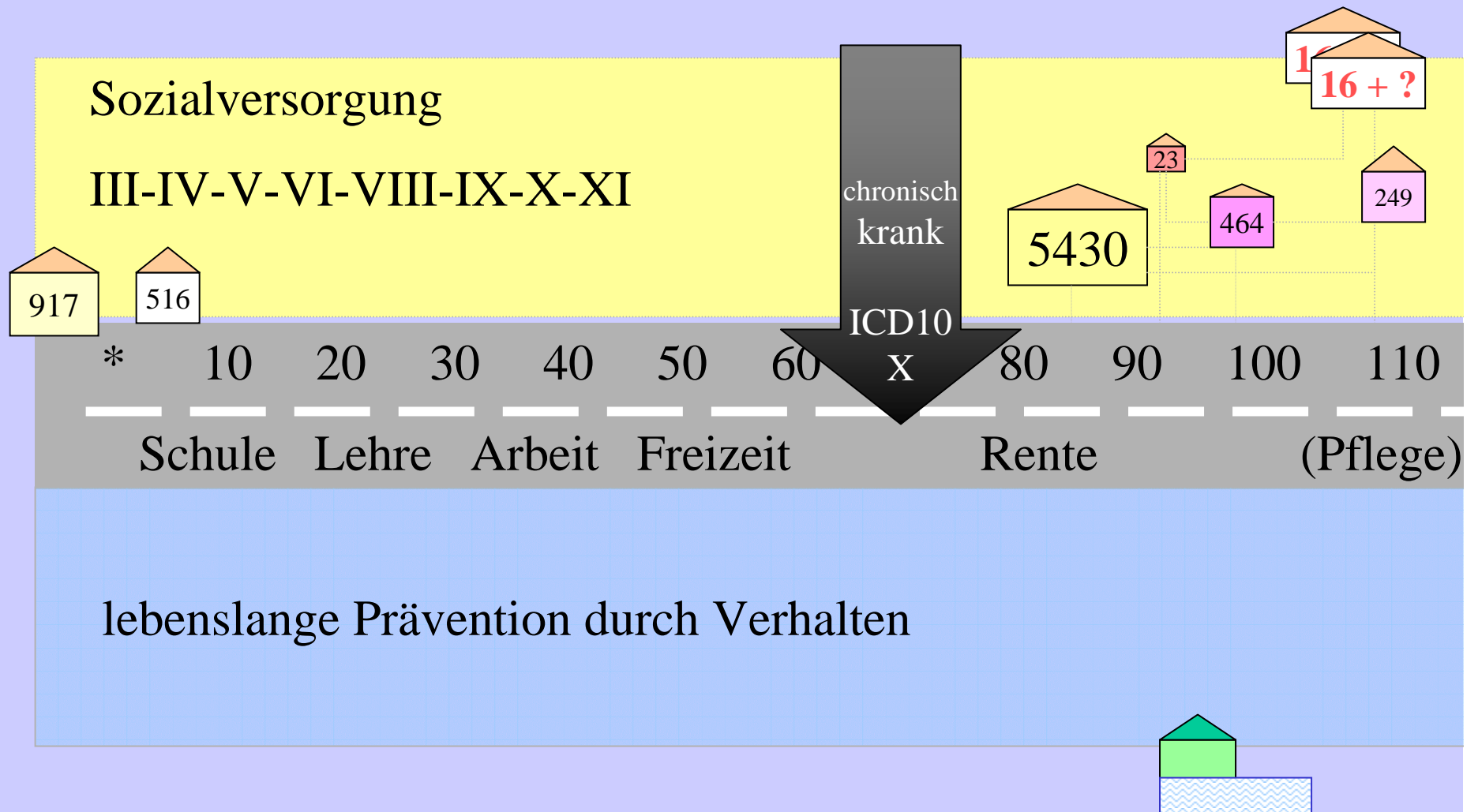
objektive Darstellbarkeit der regionalen Versorgungsqualität

- wer kann zielgruppenspezifische Versorgung einer Region darstellen ?
- wo liegen 'die' Maßstäbe für Qualität ?
- wo liegen allgemein akzeptierte Meßinstrumente ?
- woran wird Über-, Unter- und Fehlversorgung erkannt ?
- wer hat die 'Oberverantwortlichkeit' für eine koordinierte Darstellung ?
- wer liefert den richtigen Wegweiser?

DOPPELZIEL

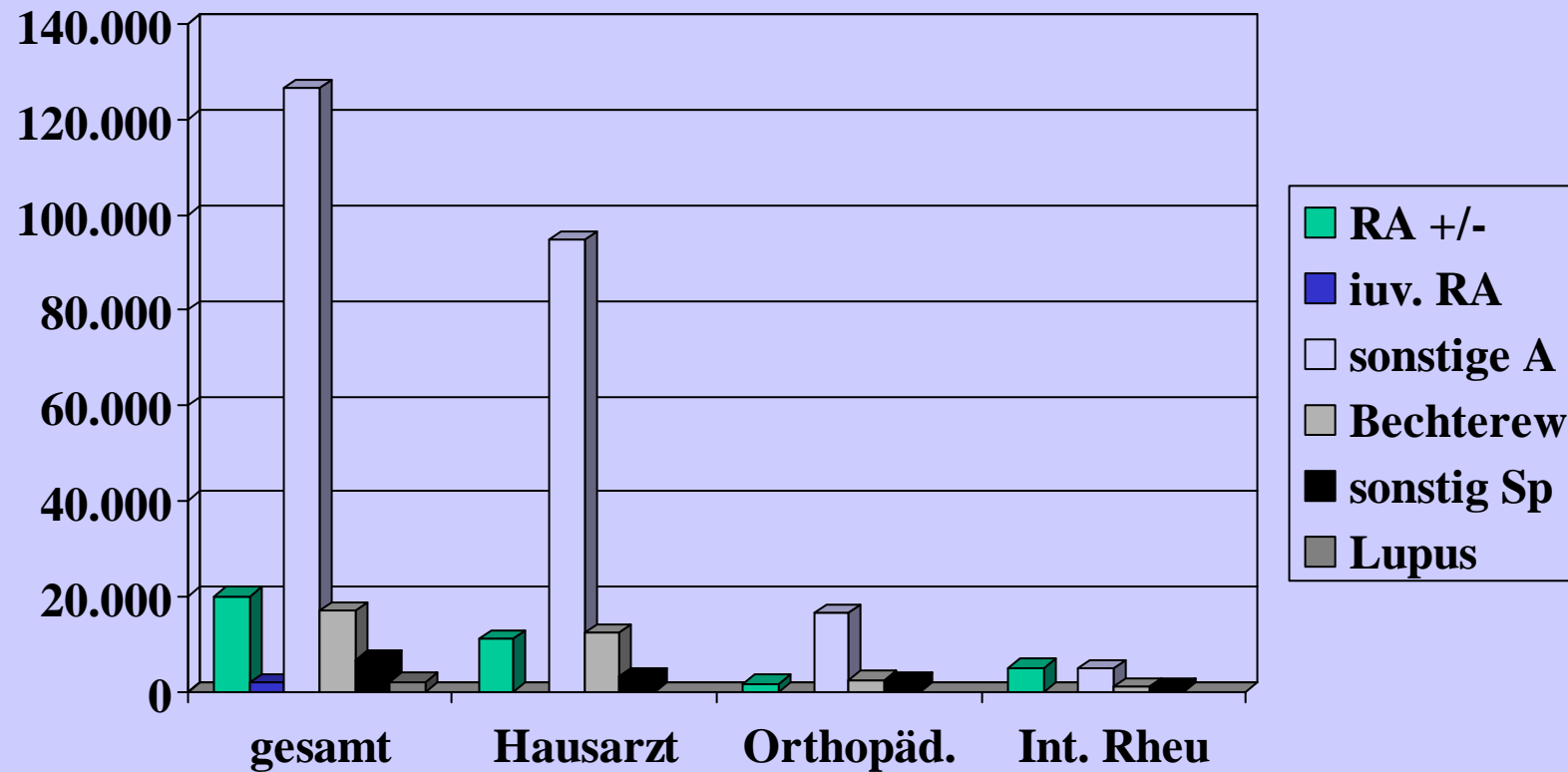
- Erarbeitung eines praxistauglichen Konzepts zur bestmöglichen
 - **Gestaltung**
 - **und Gestaltbarkeit (Datenbasis - Transparenz)**
- der Versorgung Rheumakrankter in der Regelversorgung im Rahmen der staatlich verfassten Möglichkeiten
- kein 'Luxusmodell'

Versorgungswege - Versorgungsketten



absolute Zahlen in der Praxis

[EDV-Abrechnung KVWL 03-02]



Diagnosevorkommen

Diagnose		Hausarzt		Orthopädie		Int. Rheumatologe
Fallzahl gesamt		n = 5278		n = 454		n = 20
!! EDV Abr. 03-02 !!		F/E 1036		F/E 1455		F/E 907
RA +/- Erw.	19.000	2		3		243
iuv. Arthr.	1.834	0,2	KA 0,9	0,3		2,5
Bechterew	17.000	2		5		50
Lupus	2.000	0,1		0,0		35
Rückenschmerz		167		837		157
M53-54	1.600.000					
Arthrose	700.000	86		477		174
Osteoporose	224.034	30		85		52
Fibromyalgie	140.000	19		47		104
nur M79						

Vorkommen der Rheumapraxis

11.123 Arztpraxen in WL 3/02 für 8 Mio. EW =	1 : 720
→ 5.430 Hausärzte	1 : 1470
464 Orthopäden (16 SPP)	1 : 17 240
249 Radiologen	1 : 23.130
→ 23 int. rheumat. SPP	1 : 350 000

1:213

- Münster 1 : 261 000
- Arnsberg 1 : 337 000
- OWL 1 : 411 000

RZ Münster

RZ OWL

MODELLBAUER

- Q-Zirkel OWL und WL
- Rheumazentrum OWL - Anbieter + Betroffene - bestehend seit 1997
 - in der AG der RZ der DGRh - www.rheumanet.org
- KoWiP und AG 3 Gesundheitswissenschaften Uni Bielefeld, Partner
 - ab 1999 Projekt 'Integrierte Versorgung' mit GKV, MDK, KV, Selbsthilfe
- Beziehung zum LÖGD, MDK, Versorgungsamt
 - Kerndokumentation, Rheumaberichterstattung, Gesundheitsziele NRW
- KVWL
 - Einrichtung AG 'Strukturmodell Rheuma der KVWL', Unterstützung bei der Kommunikation HA-FA (5000 : 20), statistische Daten
- jeder, der mitdenkt

VORGABEN - INSTRUMENTE

- verbindliche Vorgabe zur sozialen Versorgung: Sozialgesetz
 - Sicherstellung nach diversen Qualitätsvorgaben §135 SGB V ff
 - § 70 SGB V: gleichmäßig, bedarfsgerecht und wirtschaftlich
- 'zwingende' Vorgabe zur Integration von QM und Wirtschaftlichkeit:
 - Know-how der Gesundheitswissenschaftler in Bielefeld
 - 'lernende Organisation' - TQM - **statistische Prozessregulierung - Daten**
- 'auf der Hand': zur Erfassung von Rheumadaten die Vorerfahrung vorangehender Modellvorhaben nutzen!!! **Kerndokumentation**

Kompetenznetz und Kerndokumentation

Rheumazentren

Leistungsfähige Strukturen

Die Zehnjahresbilanz der regionalen kooperativen Rheumazentren spiegelt ihre vielfältigen Aktivitäten wider.

25 Regionale Kooperative Rheumazentren bilden deutschlandweit die Basis der Patientenversorgung im Kompetenznetz Rheuma. In diesen Zentren arbeiten die an der Versorgung von Rheumapatienten Beteiligten auf regionaler Ebene eng zusammen. Im zehnten Jahr ihres Bestehens ziehen die Rheumazentren eine positive Bilanz: Trotz unzureichender Finanzierung ist es ihnen gelungen, leistungsfähige Strukturen für eine ganzheitliche und qualitativ hoch stehende Patientenbetreuung zu etablieren.

Alle Rheumazentren gruppieren sich um eine Universitätsklinik und fassen rheumatologische und kinderrheumatologische Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und niedergelassene Rheumatologen der Region zusammen. Sie sind Ansprechpartner und Anlaufstelle für die Rheumakranken und kooperieren eng mit Hausärzten, Internisten, Orthopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Selbsthilfegruppen. Im Kompetenznetz Rheuma sind die Zentren untereinander und mit den Institutionen in Klinik und Forschung verknüpft.

Die Rheumazentren wurden ab 1992 zunächst im Rahmen einer Anschubförderung durch das Bundesgesundheitsministerium aufgebaut. Danach mussten sie sich aus eigener Kraft tragen und weiterentwickeln. Wie gut das gelungen ist, zeigt der Jahresbericht 2000, für den bis September 2002 Angaben aus 21

Im Vergleich zu 1997 stieg die Zahl der ärztlichen Mitglieder von 900 auf 1 100 und die der Assistenzberufe von 167 auf 218. Darüber hinaus zählen die meisten Zentren auch Verbände der medizinischen Versorgung (KVen, Krankenkas-



Jedes der 25 regionalen Rheumazentren, die im Umkreis von Universitätskliniken liegen, bildet einen Versorgungsverbund aller an der Behandlung von Rheumakranken Beteiligten in einem Gebiet.

Grafik: DGRh

grupper
stiegen.
spiel „E
„EDV u
tation“;
„Fortbil
sorgen f
Kompet
Erkenn
Groß
se- und
Gesells
Instrum
eingeset
lieferne
tigste
deutsch
weite K
patiente
wertet
aus,
ter
I
beit
einj;
14;
ne
K
k
V
ne
ra
stoßen
mend a
Ein
Pfleger:
sicheru
tren err
aus anc
Sponso
Mitglie
tren ste
gung, il
der Init
ken. U
künftig
gen die

- Diagnosespektren Rheumatologie
 - Polyarthritits
 - Kerndokumentation 50% der Fälle
 - Int. Rh. Praxis WL 27% der Fälle
 - LE
 - Kerndoku Uniklinik 11% der Fälle
 - Int. Rh. Praxis WL 4% der Fälle
- Dokumentierende Einrichtungen in 26 Rheumazentren 2001
 - 20 Unikliniken = 0,8
 - 18 Akutkliniken = 0,7
 - 33 Praxen = 1,3
 - 45 sonstige = 1,7
- von vermuteten 800.000 RA werden 15.000 erfaßt = ca 2% ≠ Stichprobe
- Aussagekraft der Dokumentation: keine brauchbare Datenbasis

Kerndokumentation BRD - OWL

**durchschnittliche Beteiligung an der Kerndokumentation pro
Rheumazentrum bundesweit (Kerndoku 2001)**

0,8 Uni-Ambulanz, 0,7 Akutklinik, 1,3 Praxen, 1,7 sonstige

im RZ OWL: 1 Akutklinik - 5 Praxen

**diese gute Beteiligung nützt nichts, da es keine vergleichbare Region
gibt und da auch in OWL nicht vollständig dokumentiert wird**

FAZIT: freiwillig funktioniert nicht

BEGRIFFE

Integrierte Versorgung = aus Patientensicht muss
alles zusammenpassen, **Qualität hängt vom
koordinierten Zusammenspiel aller Beteiligten
ab --- ≠ §114 SGB V !**

TQM (DIN EN ISO 8402)

EFQM

Versorgungswege - Versorgungsketten

Sozialversorgung

III-IV-V-VI-VIII-IX-X-XI



*

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

110

Schule

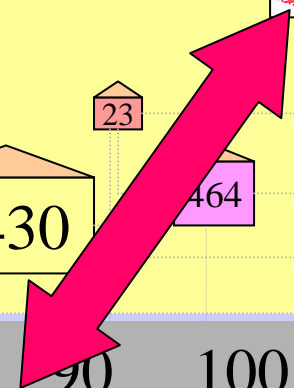
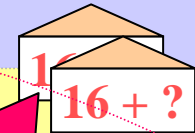
Lehre

Arbeit

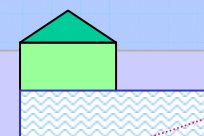
Freizeit

Rente

(Pflege)



lebenslange Prävention durch Verhalten



BEGRIFFE

Integrierte Versorgung = aus Patientensicht muss **alles**
zusammenpassen **≠ §114 SGB**

TQM (DIN EN ISO 8402) = Total Quality Management
umfassendste QM-Form = damit zur Organisation
komplexer sozialer Systeme geeignet

TQM basiert auf

- verbindlicher Mitwirkung **aller** Mitglieder ...
- dauerndem interaktiven Lernen zwecks Nachbesserung
- auf TQM basiert das EFQM-Modell, Top-Modell der europäischen Wirtschaft

EFQM-Excellence-Modell

EFQM = European Foundation for Quality Management

- das urheberrechtlich geschützte EFQM-Modell macht Inhalte des TQM messbar und läßt den Vergleich unterschiedlicher Organisationen **auf Datenbasis** zu
- Politik, Strategie, Mitarbeiterorientierung, Ressourcen- und Prozessmanagement zielen auf:
 - Kundenzufriedenheit
 - Mitarbeiterzufriedenheit
 - gesellschaftliche Verantwortung

EFQM und Rheumamodell OWL

- vom eigentlichen Zweck des EFQM-Modells, der Messung der Qualität zwecks Benchmarking (z.B. von Land zu Land) sind wir weit entfernt, aber jeder Weg
- übernommen wurden Philosophie und Technik:
 - **'Ich-Du-Wir'** (statt Ich-Ich-Ich)
 - **Dialog und ständiges Lernen** (statt einseitiger Info)
 - **datenbasierte Steuerung** (statt meinungsbasiert)

Historischer Hintergrund

25 Jahre Rheumaförderung > 150 Mio. DM

Rheumabericht 1980 - einige der Ziele:

- **Erstellung einer aussagekräftigen Statistik über die Häufigkeit der Rheumakrankheiten und Kosten für GKV und RV**
- frühzeitige Krankheitserkennung, rechtzeitige Behandlung und wohnortnahe Versorgung
- Erfahrungen anderer Staaten auswerten und für die Praxis in der Bundesrepublik nutzbar machen
- gezielte und umfassende Information der Öffentlichkeit über Bedeutsamkeit der Erkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten

Pläne - und Umsetzung in OWL

Politik	Versorgungsrealität OWL
70iger - Gesundheit 2000	
80iger - Facharzt eingeführt	-
90iger - 21 Rheumazentren Kerndokumentation zur Messung der regionalen Versorgungsqualität	1990 - 1997: Entstehung von 5 Fachpraxen keine weitere Zulassung wegen 'Überversorgung' 1997: Rheumazentrum OWL - Kerndoku 1999: Projekt Integrierte Versorgung Gefühl von schlechter Versorgung keine Daten
2000 - § 114 SGB V 'integrierte Versorgung' Datenbasis ???	2000: OWL gehört zum Kompetenznetz 2001: AG Strukturmodell der KVWL 5 Fachpraxen / 2 Mio. EW. Soll 1: 150 000 2003 : Frage nach Sicherstellung : Daten ?

Versorgungsmanagement \neq EBM (k)ein Organigramm

Strukturen und Prozesse - verschiedene Ebenen

Ergebnis

Steuerung durch soziale Gesetzgebung	<u>Verwaltungsebene</u> SGB I, III, IV, V, VI, VIII, IX, X, XI	<u>Leistungsebene z.B.</u> ambulant-stationär * HA - Patient - FA	Versorgungsqualität [Kosten / Nutzen]
	Wohlfahrt, Selbsthilfe	Eigenverantwortung soziales Umfeld Bildung	

Innovation und Lernen - auf welcher Datenbasis ???

Wie wird Versorgungsqualität gemessen und auf welchen Daten basiert Planung und Steuerung? = ???

Rheumatologe - unilateraler Datenlieferant

- liefert patientenbezogen Daten - mit feedback
Patienten, Hausarzt, andere Ärzte ambulant-stationär
- liefert Daten - zu wenig brauchbares feedback
GKV, MDK, KV, RV, Arbeitgeber, Versorgungsamt - legitimiert unzählige Verwaltungsvorgänge auf der zersplitterten Mesoebene
- bekommt feedback - aber auf welcher Datenbasis?
Öffentlichkeit : Facharzt = Kostentreiber, Überversorger
Politik: Ärzte Spielbälle für nicht-evidenzbasierte Reformexperimente

Vorschlag Rheumamodell OWL

- Patient kommt nur mit Überweisung vom Primärarzt in die Fachpraxis. Schnittstelle ist definiert. Zielgruppe: entzündl. Rheuma
 - 1x /Jahr bekommt Patient einen Pass mit ICD-Diagnose
 - 1x /Jahr bekommt Hausarzt einen Brief (bei Bedarf öfter)
 - 1x /Jahr bekommt KV/GKV Stammdaten von Chronikern
 - 1x /Jahr bekommt ÖGD daraus einen Datensatz (Absprache)
 - 1x /Jahr bekommt DRFZ daraus einen (kleinen) Datensatz
- **alle Interessierten** bekommen Daten **in jeweils brauchbarer Form** zurück - um z.B. mehr über Beschäftigungs- und Berentungssituation oder Hilfsbedarf zu erfahren, um Weichen besser stellen zu können
 - Benchmarking Praxis-Praxis, Austausch in Q-Zirkeln FA-HA-KH
 - Benchmarking KV - KV
 - Benchmarking Land - Land (BRD, Europa)

Vorteil gg. DMP

- praktisch keine Bürokratie durch Einschreibeverfahren etc.
- auch Patienten mit seltenen Erkrankungen bekommen eine strukturierte und transparente Versorgung
- systematische Erfahrungssammlung bei seltenen Erkrankungen

Aufhebung der Entkoppelung des PDCA-Zyklus Plan-Do-Check-Act (Deming)

